جامعة اليرمـــوك
كلية التربيـــــة
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

# أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد

# The Effect of a Cognitive- Behavior Counseling Program in Reducing Depression Feelings among Infertile Women in Irbid Governorate

إعـــداد

ميسون محمود مصطفى الشهابات

إشـراف

الدكتور قاسم سمور

حقل التخصص- إرشاد نفسي

2014

# أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد

إعـــداد

**ميسون محمود مصطفى الشهابات**

ماجستير إرشاد نفسي، جامعة اليرموك، 2007م.

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي في جامعة اليرموك، إربد، الأردن

**وافق عليها**

**د. قاسم محمد سمور.................................................. رئيساً ومشرفاً**

**أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك**

**د. سعاد منصور غيث.................................................عضواً**

**أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، الجامعة الهاشمية**

**أ.د رافع الزغول ..................................................عضواً**

**أستاذ علم النفس التربوي، جامعة اليرموك**

**د. نصر محمد العلي.................................................عضواً**

**أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك**

**د. عبد الكريم محمد جرادات.........................................عضواً**

**أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك**

**تاريخ المناقشة 2014/6/22**

# الإهـــداء

إلى من جرع الكأس فارغاً ليسقيني قطرة حب

إلى من كلّت أنامله ليقدم لنا لحظة سعادة

إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم

إلى القلب الكبير.................... زوجي (أحمد )

إلى من أرضعتني الحب والحنان

إلى القلب الناصع بالبياض والدتي الحبيبة ............. برا وطاعة

إلى روح والدي....... رحمه الله

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي أولادي

.........................(ابراهيم وساره ومحمد وعبدالله )

إلى الروح البريئه الطاهره.............. (ابني الحبيب عبد الله )

الى رفقاء دربي احبابي وحبيباتي .............اخواتي واخواتي

إليكم جميعاً أهدي هذا العمل

الباحثة

# شُكر وتقدير

بسم الله والحمدُ لله والصلاة والسلام على سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم، وبعد:

من حق النعمة الذكر، وأقل جزاء للمعروف الشكر ...، فبعد شـــــكر المـــــولى عزّ وجلّ، المتـــفضل بجليل النعم ، وعــظـيم الجزاء ...

يجدر بي أن أتــــقـــدم بــبالغ الامتـــنان، وجزيـــــل العرفــان إلــى كــلّ مــن وجهني، وعلّمني ، وأخذ بيدي في سبيل إنجاز هذا البحث .. وأخص بذلك مشرفي ، الأستـــاذ الدكتـــور: قاسم سمور ، الذي قوّم ، وتابع ، وصوّب ، بحسن إرشاده لي في كــل مراحــل البحث ، والّذي وجدت في توجيهاته -حرص المعلم – التي تـــؤتي ثمارها الطيــــبة بإذن الله ...

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة وهم : الدكتور شفيق علاونه والدكتورة سعاد غيث والدكتور عبد الكريم جرادات والدكتور نصر العلي، على جهــودهم فـــي قراءة الرسالة وتصويبها ؛ وقد أفدت من توجيهاتهم – بإذن الله – ، فجزاهم الله عنّـــي خيــر الجزاء.

كما أحمل الشكر والعرفان إلى كل من أمـــدّني بالعــلم ، والمعرفـــة ، وأســدى لـــيَّ النصح ، والتوجيه ، وإلى ذلك الصرح العلمي الشامخ متمثلاً في جامعــة اليرمـــوك، وأخـــص بالذكر كلية التربية وبخاصة قسم الإرشاد وعلم النفس التربوي، وعميــد الدراســـات العليـــا ، والقائمين عليها.

كما أتوجه بالشكر إلى كل من ساندني بدعواته الصادقة ، أو تمنياته المخلصة ...

أشكرهم جميعاً وأتمنى من الله عزّ وجلّ أن يجعل ذلك في موازين حسناتهم.

**الباحثة**

**ميسون الشهابات**

## قائمة المحتويات

| الموضوع | الصفحة |
| --- | --- |

# قائمة الجداول

## قائمة الملاحق

## المُلخص بالعربية

**الشهابات. ميسون محمود. أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد. . أطروحة دكتوراه، جامعة اليرموك، 2014. (المشرف: الاستاذ الدكتور قاسم سمور).**

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد. تكونت عينة الدراسة من (24) سيدة محرومة من الإنجاب ممن حصلن على مستوى اكتئاب يتراوح بين المتوسط والشديد على مقياس بيك. ووُزعت السيدات عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية بواقع (12) سيدة خضعن لبرنامج إرشادي معرفي سلوكي لمدة شهرين ونصف، ومجموعة ضابطة بواقع (12) سيدة لم يحصلن على أي نوع من الإرشاد. وبعد انتهاء البرنامج أُعيد تطبيق مقياس بيك على المجموعتين. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين متوسطات الأداء على مقياس بيك للاكتئاب تعزى للمجموعة ولصالح أفراد المجموعة التجريبية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha$ = 0.05) بين متوسط الرتب تعزى لمتغير العمر، والمستوى العلمي، وصلة القرابة، ومدة الزواج في درجات أفراد المجموعة التجريبية من السيدات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha$ = 0.05) بين القياسين البعدي والتتبعي في مقياس بيك للاكتئاب حيث بلغت قيمة "ت" (2.184)، وبدلالة إحصائية بلغت (0.052).

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات ذات الصلة.

**الكلمات المفتاحية:** البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، الاكتئاب، الحرمان من الإنجاب.

# الفصل الأول

## خلفية الدراسة

**المقدمـــــــة:**

تعد نعمة الإنجاب من النعم الكبرى على الإنسان ذكرا كان أم أنثى وقد مــنّ الله علــى عباده بذلك وجعلها آيه من آيات الله الدالة على قدرته وهبة من هباته لعباده.يقــول الله تعــالى **(وَاللّهُ جَعَلَ لَكُم مِّنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَاجاً وَجَعَلَ لَكُم مِّنْ أَزْوَاجِكُم بَنِينَ وَحَفَدَةً وَرَزَقَكُم مِّــنَ الطَّيِّبَــاتِ أَفَبِالْبَاطِلِ يُؤْمِنُونَ وَبِنِعْمَتِ اللّهِ هُمْ يَكْفُرُونَ)** [النحل ،أيه 72].

ويقول:**(لِلَّهِ مُلْكُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ يَهَبُ لِمَنْ يَشَاءُ إِنَاثاً وَيَهَبُ لِمَــن يَشَاءُ الذُّكُورَ{49} أَوْ يُزَوِّجُهُمْ ذُكْرَاناً وَإِنَاثاً وَيَجْعَلُ مَن يَشَاءُ عَقِيماً إِنَّــهُ عَلِــيمٌ قَــدِيرٌ{50})** [الشورى .ايه 49:50].

والتناسل سنه الله التي قامت عليها الخليقه بدءًا بآدم عليــه الـسلام وأبنيــه (قابيــل) و(هابيل). بل هو سنه الله في جميع المخلوقات الحية التي نراها في هذا الكون ولذا عــدّ هــو الأصل وما عداه خارجاً عنه.

ولو تأملنا الأنبياء عليهم السلام لوجدنا أن أكثرهم قد رزق بالبنين والبنات، يقــول الله تعالى **(وَلَقَدْ أَرْسَلْنَا رُسُلاً مِّن قَبْلِكَ وَجَعَلْنَا لَهُمْ أَزْوَاجاً وَذُرِّيَّةً)** [الرعد، آيــه 38]. ولــم تــذكر المرويات التاريخية من الأنبياء الذين لم يرزقوا بأبناء سوى عيسى ويحيى عليهما السلام. وقــد حث الإسلام على التناكح والتناسل والإنجاب والسعي للحصول على الولد فقال عليــه الـسلام: "**تزوجو الودود الولود فاني مكاثر بكم الامم يوم القيامة** " النّسائي. إنّ الرغبة فــي أن تــصبح الانثى أما وأن يصبح الرجل أبا تعد من الامور الفطريه عند الإنسان ، لذا يسعى العديد مــن

الأفراد للزواج بهدف تحقيق أمنية الأبوة والأمومة؛ فالأطفال غاية مهمة في حياة الأزواج؛ فبالأطفال تقوى وتتعمق رابطة الزوجية .(شقير، 2002). ولذلك يكون قرار الإنجاب أحد أهم قرارات الزوجين، علاوة على الاعتبارات العقائدية والثقافية التي تزيد من أهميتها والإلحاح في تحقيقها؛ ففي الثقافة الإسلامية يعتبر الإنجاب أحد المقومات الأساسية لهدف الزواج، وفي المجتمع الأردني تتضح أهمية الأطفال في تعدد حالات الولادة للسيدة حيث بلغ تكرارها 8-9 مرات رغم أن متوسط حجم الأسرة يبلغ (6) أفراد (الكايد، 2003).

ولاشكّ أنّ مشكلة العقم وفقدان القدرة على الإنجاب لدى المرأة، تقف في معظم الأحيان حجر عثرة أمام تكوين أسرة مستقلة آمنة، وإتمام حياة زوجية مطمئنة، وذلك لما ينتاب المرأة العاقر من إحساس داخلي بالنقص، والدونية، وتشوه مفهوم الذات وانخفاضه، والذي ينجم عن افتقاد القدرة على الإنجاب والشعور بالعجز عن إشباع غريزة الأمومة، وهذا يؤدي بدوره إلى الاضطرابات النفسية المختلفة التي قد تعوق التكيف والتوافق الشخصي والاجتماعي وتحول دون تحقيق التوازن والاستقرار النفسي المطلوب، ممّا يؤدي في النهاية إلى إصابة السيدة المحرومة من الإنجاب بالاكتئاب (مرسي، 1991).

وبالرغم من تقدم التكنولوجيا الطبية في العالم، إلاّ أنّ مشكلة العقم عند السيدات لا زالت تمس أسرة واحدة من كل ستة أسر منجبة (Cousineau & Domar, 2007) بمعنى آخر، هناك ما يقارب من 15% من الأسر التي تحاول بكافة الطرق الوصول لإمكانية الإنجاب ولكنّها لا تستطيع ذلك بسبب العقم. وفي المملكة الأردنية الهاشمية أظهرت نتائج مسح الخصوبة لعام 2012 أن نسبة الخصوبة بلغت (65.7%) وبمعدل 3.6 طفل لكل سيدة، ورغم ذلك هناك نسبة تبلغ (34.3%) يعانين من الحرمان من الإنجاب ويراجعن مراكز الإخصاب أو العيادات الخاصة أو الأطباء الخاصين (دائرة الإحصاءات العامة، 2012).

وتشير عيشور(2006) أنّ معظم السيدات اللواتي يعانين من الحرمان من الإنجاب يتعرضن لضغوط نفسية حتى داخل المجتمع بشكل عام، ناهيك عن كثرة التحاليل والعلاجات واختلافها، وحتى كلفتها المرتفعة، الأمر الذي يزيد من الضغوط النفسية على الزوجة وأسرتها ويؤثر على مجرى حياتها العاطفية والشخصية ويدفعها إلى الوقوع فريسة للاكتئاب.

وإلى جانب الضغوط النفسية والاجتماعية تزيد نسبة الاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب بسبب عدم وضوح الأسباب لديهن ، فقد أحصت البحوث والدراسات كمثل دراسة (Ismayilova, Hamoud, Alkhasawnh& E-Bassel, 2013) ودراسة (Champion, أكثر من خمسين عاملاً قد تتسبب بالعقم ومنها الاضطرابات الوظيفية، وعدم نضوج الشخصية الأنثوية، والأمراض العضوية، والصراعات النفسية في فترة ما قبل البلوغ وغيرها من الأسباب.

وفي الواقع، أن تشخيص العقم لدى السيدات بحد ذاته له وقع نفسي كبير على السيدة وعلى أسرتها، وهو يسبب آلاماً وعذاباً، حيث يذكر هايويل وباند وتشانج وتشو تشو (Hiwel, Band, Chang, Chu & Chou, 2006) أن الواقع النفسي لهذا التشخيص يشبه ردود الفعل الناتجة عن موت أحد الأقرباء، حيث تتميز عادة بالشعور بالصدمة، والمفاجأة والذهول، وإنكار التشخيص وعدم تصديقه. إضافة إلى الانزعاج والغضب والميل إلى الوحدة والانطواء، والابتعاد عن المحيط المجتمعي والأسري خوفاً من النظرة السلبية والدونية للمرأة المحرومة من الإنجاب.

ولذلك فإنّ المرأة تتحمل النصيب الأكبر من تبعات ومشاكل عدم الإنجاب من ضغوط نفسية وآلام جسدية بكونها وصمة اجتماعية وسط أهل الزوج والمجتمع.

وبما ان الاكتئاب يعد من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً ومن أكثر الأمراض التي يتعرض لها الإنسان بشكل عام، ففي دراسة تمت في جامعة جون هوبكنز وجد الأطباء علاقة

طردية وقوية بين الاكتئاب النفسي والعقم حيث ثبت علمياً أن للأمراض النفسية ومنها الاكتئاب تأثيرات سلبية على وظيفة الغدد الصماء في الجسم، وهذه الغدد هي المسؤولة عـن هرمونـات الإباضة وهرمونات تنشيط وإنتاج الحيوانات المنوية وخصوصاً الغدة النخامية (إمام، 1996).

وهناك سبب آخر يدعو للربط بين العقم والاكتئاب إذ أن الاكتئاب يؤثر علـى صـحة الحامل وخصوصاً آلية التصاق الجنين بجدار الرحم، وهذا الأمر يؤدي إلى توقف نمو الجنـين والإخفاق في الحمل ولهذا يجب الاهتمام بكيفية التعامل مع البعد النفسي، ولذا تبرز أهميـة أن يترافق العلاج الطبي للسيدات المحرومات من الإنجاب مع برامج إرشادية تخفف من الـضغوط النفسية الواقعة عليهن وتخفض من حدة مشاعرهن الاكتئابية لمساعدتهن على مواجهة هذه الحالة بشقيها الطبي والنفسي.

علاوة على أنّ الحرمان من الإنجاب مشكلة طبية كبيرة، فإنها مشكلة اجتماعيـة، قـد تضر بكيان عائلة كاملة بما تسببه من اكتئاب شديد للزوجة التي هي محـور العائلـة، وتـضع الزوج تحت ضغوطات أسرية كبيرة، لذلك برزت جهود عالمية كبيرة للتغلب على هذه المشكلة أو التخفيف من آثارها السلبية، وتم إنشاء مراكز الإخصاب، والتلقيح الصناعي، وأطفال الأنابيب في العديد من دول العالم، وظهرت العديد من الدراسات الأجنبية التي صممت برامجاً إرشـادية للتخفيف من الآثار النفسية لهذه الحالة الطبية –الاجتماعية (إمام، 1996).

قامت الباحثة بمراجعة المراجع العربية المتوفرة ولاحظت ندرة الدراسات التي تناولـت الموضوع على المستوى العربي بشكل عام وعلى المستوى المحلي (الأردن) بشكل خاص .فقد ركّزت الدراسات التي كتبت في هذا المجال على المشاعر الاكتئابية لـدى المحرومـات مـن الإنجاب ولكنها لم تركز على أثر البرامج المعرفيه السلوكية ودورها فـي خفـض المـشاعر الاكتئابية ومساعدتهن بالتالي على الإنجاب.

إن الأسرة التي تعاني من مشكلة العقم يمكن النظر إليها على أنها أسرة تعيش في أزمة بمعناها النفسي والاجتماعي وتعتمد درجة التأقلم لدى الأسرة مع الأزمة وفقاً للمرحلة الزمنية التي تمر بها. فقد أكدت إحدى الدراسات التي أجريت على عينة من الأسر التي تعاني من عدم القدرة على عدم الإنجاب أنّ هذه المسألة تتزامن مع صدمة نفسية لكلا الزوجين، وعدم تصديق أو تكذيب لحدوث ذلك لهما، ثم ترتفع إلى درجة التأزم النفسي الأمر الذي يصاحبه غضب وفقدان السيطرة على المشاعر والسلوكيات مما ينتج عن ذلك الميل للعزلة عن الآخرين، وحدوث نوع من النظرة الدونية لمفهوم الذات، وتقديرها الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى درجات متفاوتة من الاكتئاب. (Hilbert, 1998).

ولمّا كانت مجتمعاتنا الشرقية بصفة عامة والعربية بصفة خاصة تنظر لمؤسسة الزواج على أنّها رحم لإنتاج الذرية فإن ذلك العقم يؤدي إلى حدوث الكثير من الضغوط على ديناميكية وفعالية العلاقة الزوجية من جهة وعلى نفسية كلا الزوجين نتيجة تأخر عملية الإنجاب من جهة أخرى.

إنّ دور العوامل النفسية المتعلقة بمشكلة العقم قد لاقى مزيداً من الاهتمام في الآونة الأخيرة. وقد أشار القشعان والبشر (2009) في أنه لا توجد دراسات دقيقة حول الأساليب النفسية المستعملة ونتائجها. وأنّ كثيراً من الدراسات لم تستعمل عينة مقارنة من المرضى ولم تتلق العلاج النفسي، وهناك ضرورة إجراء مثل هذه الدراسات بشكل دراسات مستقبلية متتابعة، إضافة لدراسة الأساليب التكيفية الناجحة التي يمكن أن يتبناها الأزواج للسيطرة على مشاعرهم السلبية الناتجة عن العقم، وتجعلهم يتخذون القرارات المناسبة في أمور العلاج وبما يتعلق بعلاقتهم الزوجية والطرق الأخرى البديلة عن الإنجاب الطبيعي. (Martin, lang & Olafsdottir, 2008).

ويذكر (Ismayilova, Hamoud, Allkhasawnh & El-bassel, 2013) كذلك أنّ كما ان هناك ضرورة أن تقوم المؤسسات الطبية والأجهزة الصحية بتفهم المساهمات الممكنة من قبل الإخصائيين النفسيين واخصائيي الارشاد النفسي في تفهم حالات العقم والعلاج. وبشكل عام فإننا يمكن القول إنّ العوامل النفسية ربما تساهم في نشوء حالات العقم الغامضة والتي لا يوجد لها تفسير واضح. وأنّ من الأكيد أن أمورًا نفسية تنتج عن تشخيص العقم وأهمها الاكتئاب. وبناءً عليه، جاءت هذه الدراسة للتعرّف على مستويات المشاعر الاكتئابية لدى السيدات الأردنيات المحرومات من الإنجاب، وتصميم برنامج معرفي سلوكي يخفض من حدة هذه المشاعر الاكتئابية لديهن ويدفعهن لمواجهة واقعهن الحالي.

وعليه فان الدراسه الحاليه حاولت تناول موضوع المشاعر الأكتئابيه لدى المحرومات من الإنجاب وإلقاء الضوء على كيفيه خفض الاكتئاب لدى السيدات اللواتي يتميزن بدرجه مرتفعه من الاكتئاب، وكذلك سعت الدراسة إلى تناول الطرق الصحيحة والسليمة للتعامل مع هذه الفئه .وبناء على ذلك تبلورت مشكله الدراسة الحاليه في إختبار فاعليه برنامج معرفي سلوكي في خفض المشاعر الأكتئابيه لدى السيدات المحرومات من الإنجاب. حيث تناولت هذه الدراسة متغيرات عديدة منها متغير العمر الذى يعد المتغير الرئيس والأساسي للتعامل مع مثل هذه المشكلة والذي له الدور الكبير في تأثيره على ظهور أعراض الاكتئاب لأن التقدم في العمر هي من المؤشرات التي تساهم في التنبؤ في ظهور أعراض الاكتئاب . ثم تناولت هذه الدراسة متغير مدة الحرمان من الإنجاب وهي الركيزة الأساسية التي تحدد بناءً عليها إصابة المرأة بالاكتئاب أم حيث كشفت عدة دراسات عن العلاقة بين الاكتئاب ومدة الحرمان من الإنجاب وخلصت هذه الدراسة إلى وجود علاقة بين مدة الحرمان من الإنجاب وبين شدة الاكتئاب عند النساء.

أما عند متغير درجة القرابة من الزوج والمؤهل العلمي فهما أيضاً متغيران هامان حاولت الباحثة التطرق إليهما من خلال الدراسات التي أثبتت أثرهما في الإصابة بالاكتئاب أو عدمه.

- وهناك عدة دراسات ذكرت فيما بعد استخدمت العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب مع السيدات المحرومات من الإنجاب أثبت فاعلية مثل هذا النوع من العلاج وأثبتت دور العلاج المعرفي السلوكي لأنه من أنواع العلاج الفعالة لخفض الاكتئاب بكافة أنواعه بسبب التقنيات المعرفية والسلوكية التي تقوم عليها هذه البرامج.

لهذا اختارت الباحثة هذا النوع من البرامج في مساعدة السيدات المحرومات من الإنجاب بسبب الأساليب المعرفية والسلوكية التي تتناسب مع طبيعة الحالة التي تكون عليها السيدة وبالتالي مساعدتها عل تحسين حالتها الصحية والنفسية.

**الاكتئاب:**

صنف الاكتئاب في الدليل التشخيصي والأحصائي الرابع الصادر عن الجمعيه الأمريكيه للطب النفسي (DSM-IV) Diagnosis and statistical manual of mental disorder ضمن الاضطرابات المزاجية وقد وصف " ان المكتئب يتسم بمزاج حزين وكئيب، ويسوده الغم بشكل غير عادي، وتلاشي الاهتمام والبهجة بشكل ملحوظ ويختلف هذا عن حالة مريض غير مكتئب.

**عُرف الاكتئاب منذ القدم**، ويشار في ذلك أبوقراط (عام 400 قبل الميلاد) الذي كتب الميلانوخوليا وهو المصطلح القديم للاكتئاب ومعناه سوء الطبع الأسود، وأشار إلى أن الاكتئاب مرض عقلي مثل الصرع والهوس وغيرها. وقد بين أرسطو (عام 370قبل الميلاد) أن الميلانوخوليا مرض عقلي وهو موجود عند فئات معينة من الناس مثل المفكرين والشعراء، كما

أشار إلى مجموعة من الخصائص النفسية تميزهم مثل الحزن العميق والأرق والفزع والرعب والرغبة في الموت (إبراهيم، 2009).

وقد ظهر وصف للاكتئاب في العديد من الكتابات الفرعونية (2600 قبل الميلاد)، في إشارتهم للرغبة بالموت والكسل والنوم الزائد، وظهرت كذلك مؤشرات على وجود الاكتئاب في ملحمة هوميوس (الإلياذة)، ثم وصفه الطبيب (روبرت بيتون) عام (1621). وفي القرن التاسع عشر أصبح هذا المرض يحتل مركزا في أعمال الأطباء النفسيين، وفي النصف الثاني من القرن العشرين ازداد الاهتمام بدراسة الاكتئاب، واليوم يعتبر الاكتئاب من المشاكل الصحية الرئيسية، وتخصص الدول والشركات والمؤسسات الأكاديمية جزءً مهماً من برامجها لمواجهته، (عثمان، 2010). وقد تحدّث فرويد أيضاً عن الميلانخوليا بأنّها "حاله من الكآبة وإلغاء الاهتمام بالعالم الخارجي وفقدان القدرة على الحب وكبح أيّ نشاط، كما أنّه يتضمن قلة احترام للذات لدرجة توبيخها وشتمها، وايهام النفس بأنها ستتكبد عقاباً متوقعا(حمودة، 2004).

**تعريف الاكتئاب**

تعددت واختلفت التعريفات التي تناولت مفهوم الاكتئاب باختلافات اتجاهات الباحثين في رؤيتهم لتفسير طبيعة هذه الخبرة، حيث يمكن تعريفة لغوياً بأنه أسم مشتق من الفعل الثلاثي "كأب" ويشير هذا الفعل أيضا إلى اسم الكآبة وهي تعني سوء الحال والانكسار من الحزن والأسى، و"كأب" من كئيب (عكاشة وعكاشة، 2009).

يرى بيك (Beck,1997) "بأن الاكتئاب عبارة عن اضطراب في المزاج اكثر من أي شيء آخر ينتج عنه أنماط تفكير خاطئ، ويرى أنه ناتج عن طريقة تفكير الفرد في معالجة المعلومات وطريقة تفسيره للأحداث واعتقاداته ورؤيته السلبية للذات والعالم والمستقبل. ويرى بيك أن هناك ثلاثة أشكال من المواقف التي يمكن أن تكون كافية لاستثارة الاكتئاب وهي :

- المواقف التي تعمل على انخفاض تقدير الفرد لذاته.
- المواقف التي تتضمن إعاقة تحقيق الفرد لأهداف مهمة بالنسبة لـه، أو تفـرض عليـه ظروفاً ومواقف لا قدرة للفرد على حلها.

المواقف التي تؤدي الى التدهور البدني والمرض.

وأشارت شير ولوكاك ومالـدونادو(Sherr, Lolak & Maldonado, 2010) إلـى أن الأفكار اللاعقلانية في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة تؤدي للإصابة بالاكتئـاب، ويتمثـل الاكتئاب بالاضطرابات المعرفية والانفعالية والجسدية.

**تعريف منظمه الصحه العالميه للاكتئاب (1999):** عرفت منظمـه الـصحة العالميـة الاكتئاب على انه اضطراب عقلي شائع يتصف بالمزاج المكتئب وفقد الاهتمام والمتعة، ونقص تقدير الذات مع اضطراب في النوم والشهية مما يؤدي الى ضعف قدرة الفرد علـى الأعتنـاء بنفسه وتأدية مهامه اليومية، وفي الحالات الشديدة يمكن أن يؤدي الى الانتحار.

وتتفق معظم التعريفات على أن الاكتئاب هو "حالة اضطراب انفعالي يتميز بتدني مـزاج الفرد وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة والانطواء والأرق، وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم والخمول وبطء الاستجابة (Beck & Emery,1979).

**عرفت الجمعية الأمريكيـة للطـب النفـسي الاكتئـاب:** ( American Psychiatric Association, 2000) على أنّه أعراض إكلينيكية يسيطر عليها المزاج الأكتئابي الذي يترجم بمشاعر حزن تترافق غالباً مع قلق وسخط وغضب ويتمثل على شكل اضطرابات تنعكس سلباً على وظائف عدة منها القابلية للنوم والشهية والنشاط الجنسي والدافعية وينخفض مقدار الرضـا عن الذات والتفكير بالموت والانتحار.

ويرى عسكر (2001) بأنّ الاكتئاب "يمثل الدرجة الوسطى من الاضطرابات الانفعالية، التي تنشأ نتيجة لعوامل سيكولوجية في المقام الأول تتخللها عوامل نشوئية واجتماعية تؤدي إلى الاستعداد للإصابة بالمرض إذا ما واجهت الفرد أحداث معجلة بظهور المرض، ويتبع ظهور المرض أعراض عامة تشمل التنظيم العام للشخصية، حيث يضطرب المزاج أو التنظيم الانفعالي فيكون (المزاج المكتئب الحزين) ويضطرب التنظيم البدني الحركي حيث يكون (اضطرابات النوم وفقدان الشهية للطعام والتأخر النفسي والحركي) ويضطرب التنظيم المعرفي أو العقلي فيكون (بطء التفكير وتدهوره مع هلوسات في الأطوار الشديدة). ويكون الهوس في هذه الحالة "ديناميا" هو الدفاع الرئيسي ضد الاكتئاب. وتعد التغيرات البيوكيميائية عرضاً ملازماً لحالة الاكتئاب، والتي قد تنفصل لتمثل اضطراباً بيوكيميائياً أصيلاً".

في حين عرّفه إبراهيم (2004) من جانبه النفسي بأنه " حالة من الألم النفسي يصل إلى أن يكون ضربًا من العذاب المصحوب بالإحساس بالذنب، وانخفاض حاد في تقدير الذات، ونقصان في النشاط العقلي والحركي والعضوي، وحزن شديد بلا أسباب واضحة".

ويذكر الزعبي (2005) الاكتئاب بأنّه حالة انفعالية يعاني منها الفرد، مما يشعره بالحزن والكآبة والتشاؤم واليأس وعدم الأهمية والبكاء والعجز عن مواصلة الجهد والنجاح في الأعمال الموكلة إليه".

ويوضح عبد الخالق (2006) بأن الاكتئاب "حالة انفعالية دائمة نسبياً من الحزن والانقباض والضيق مع شعور بالألم والغم وهبوط القوى الحيوية ونقص الدافعية. وتوجد هذه الحالة الوجدانية نسبيا على درجات تبدأ من الشعور البسيط بالحزن والتشاؤم مروراً بالأسى والكآبة والعجز حتى مشاعر القنوط والجزع واليأس ومحاولة الانتحار. ويصاحب هذه المشاعر عادة الافتقار إلى المبادأة والكسل وفتور الهمة والتردد والأرق وفقدان الشهية وغيرها".

أما راينووتر (Rainwater,2013) فقد عرّفت الاكتئاب بأنه " حالة من الأعراض الإكلينيكية المتزامنة تتألف من انخفاض في الإيقاع المزاجي، وهو حالة مرضية بسبب المعاناة النفسية ومشاعر الذنب مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيم الشخصية وبنقص عقلي ونفسي حركي، وحتى في النشاط العضوي وبدون وجود نواقص حقيقية.

**التعريف السلوكي للاكتئاب:** هو الافتقار لمهارات التأقلم مع البيئة المحيطة والتي بدورها تؤدي إلى انتقاد الفرد والانسحاب من التعامل مع الآخرين وتجنب الوظائف الاجتماعية ثم يظهر الاكتئاب على شكل نقص في الحركة، ونقص في الإنتاجية، وزيادة في السلوكات السلبية غير المنتجة إذا ترافقت مع عدم الحصول على تعزيز إيجابي. ( Nemade, Reiss & Dombeck, 2007).

- **أما معرفيا:** فيظهر على شكل اضطراب في الوظائف المعرفية والشعور بانعدام الذات.

ويميل الاكتئاب للظهور خلال فترتين عمريتين هما ما بين العشرين والثلاثين ومابين الخمسين والستين ويوصف الأكتئاب بأنّه مرض معاود أي أنّ المصاب به معرض للإصابة به مره ثانية بعد الشفاء بسنة (نصار، 2006).

**التعريف النفسي للاكتئاب:** عدد من الصور المرضية التي تتفاوت ما بين الاضطراب العقلي الذي يصعب خلاله التعرف على باعث أو مثير لها يستدعي قيام تلك الحالة إلى اضطراب نفسي كاستجابة طبيعية لظروف ضاغطة تواجه الإنسان (إسماعيل، 1990).

وتعرف الباحثة بناء على ما سبق الاكتئاب بأنه اختلال في التوازن النفسي الذي يصيب مزاج الشخص ، معرضًا إيّاه للألم والشقاء المعنويين، حيث يتصف بشعور عميق ودائم بالحزن واليأس وفقدان الاهتمام بالبهجة، ويترافق ذلك مع أضطرابات عديده منها اضطراب النوم والشهيه والعمليات الذهنيه ويتفاوت بشدته تبعًا للظروف المحيطة التي تؤثر على الفرد.

**مدى انتشار الاكتئاب:** يعد الاكتئاب من إحدى الحالات النفسية الأكثر شيوعًا في العصر، حيث ترى بعض الدراسات بأنّ معدل الإصابة بالاكتئاب الرئيس تتراوح بين (2.2) إلى (3.5%)، ويعتبر الاكتئاب الذي لا يستوفي الشروط الكاملة للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع أكثر شيوعاً، كما يقدر أن مابين (9% و 20%) من مجموع السكان يعانون من وقت لآخر على امتداد أعمارهم من أعراض جوهرية للاكتئاب، كما أن نسبة النساء اللاتي يعانين من الاكتئاب تساوي تقريبًا ضعف الرجال (Fauman,2002).

تختلف نسبة انتشار الاكتئاب من مجتمع لآخر، لكّن منظمة الصحة العالمية قدرت في العام 2012 أنّ هناك ما يقارب من (350) مليون نسمة في جميع أنحاء العالم يعانون من اضطرابات اكتئابية (World Health Organization, 2013)، وحدد نفس التقرير نسبة انتشار الاكتئاب في عدة دول منها اليابان بنسبة (3%)، وفي الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة (17%)، مع الإشارة إلى أن معظم السكان في مختلف دول العالم عرضة للوقوع فريسة لهذا الاضطراب بنسب تتراوح بين 8-%- 12%.

أما الوطن العربي فيفتقر للمسوحات الوطنية المتعلقة باضطرابات الصحة النفسية، لكن بعض الدراسات أشارت أن نسبة انتشار الاكتئاب في جمهورية مصر العربية مثلاً، بلغت (6.4%) بين الأفراد من عمر 14-64 سنة (عسكر، 2001) ، وفي ذات السياق أشارت جمعية (ميدل إيست مونيوتور) أن الاكتئاب يسود بنسبة (5%) بين الرجال و(9%) بين السيدات في مختلف دول العالم العربي، وأن هذه النسبة مرشحة للتزايد بسبب الاضطرابات والثورات التي تشهدها المنطقة العربية (Cousin, 2013).

ويحتل الاكتئاب المرتبة الرابعة بين أهم الأسباب المؤدية إلى الإعاقة والوفاة بسن مبكرة وتصل نسبة الإصابة بالاكتئاب إلى 7% من سكان العالم، ويؤدي إلى ما يقرب من 800 ألف حالة إنتحار كل سنة ( الشربيني،2003).

- وتشير بعض الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية(2011) إلى أن الاكتئاب يساهم في تفاقم بعض الأمراض كالذبحة الصدرية والتهاب المفاصل.
- أما التقديرات الخاصة بالبلدان المتوسطة والقليلة الدخل فهي 3,2% و 5,1%، وتشير الإحصاءات أنه بحلو عام 2030 سيكون الاكتئاب السبب الأول لعبء المرض العالمي.

فعلى الرغم من أنّ أكثر من (70%) من حالات الاكتئاب تصل إلى تحسن ملحوظ بفضل فاعلية العلاج، إلا أن أقل من نصف هؤلاء المصابين هم من يلتمسون طلب العلاج. في ظل هذا الواقع، تبرز الحاجة إلى جهودٍ حقيقية تشترك فيها المؤسسات الحكومية والمؤسسات المدنية في تشجيع المبادرات الفردية والجماعية على حدٍ سواء من أجل دعم وتعزيز التدخلات العلاجية والوقائية ضد هذا الداء، على أن لا يُكتفى ببرامج منظمة الصحة العالمية والتي قد لا تأخذ على عاتقها في بعض الأحيان الخصوصيات الثقافية لكل مجتمع (فايد، 2004).

**مظاهر الاكتئاب :** يشير الخطيب وسرحان والحباشنة (2001) إلى وجود عدد من المظاهر للاكتئاب وهي المزاج والحركة، والنوم والطعام، والنشاط والتفكير، والأعراض الجسدية والجنس، والقدرات العقلية والأعراض الذهنية، فيما يتعلق بالمزاج يعاني المكتئب من التكدر والهبوط وعدم القدرة على الاستمتاع . أما المظهر والحركة فيعاني المكتئب من الإهمال في الأناقة والمظهر وتميل الملابس للألوان الداكنة، وتميل تعابير الوجه إلى العبوس: إضافة إلى

التباطؤ النفسي والكلام يظهر ببطء والاستجابة أشد بطءً. علاوة على الاضطراب الذي يحدث في النوم فغالباً ما يصحو المريض مبكراً ولا يستطيع العودة للنوم، وأمّا عن شهيته للطعام فتقل شهيته وقد يأكل بلا شهية، أمّا فيما يتعلق بالنشاط فغالبا ما يقل نشاط المكتئب. أما الأعراض الجسدية فقد يصل مريض الاكتئاب إلى الأخصائي بأمراض القلب أو الجهاز الهضمي أو الآم البطن والظهر، وتقل الرغبة الجنسية أيضا ويضعف الأداء الجنسي. أيضاً يرافق مريض الاكتئاب ضعف التركيز والانتباه وضعف القدرات العقلية لديه.

ويمكن تقسيم أعراض الاكتئاب بحسب ما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (2011) إلى ثلاث مجوعات وهي:

أ- **الأعراض النفسية** وهي: البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه وعدم ضبط النفس وضعف الثقة فيها والشعور بالنقص وعدم الكفاية والشعور بعدم القيمة والتفاهة والقلق والتوتر، وفتور الانفعال والانطواء، والانسحاب والوحدة، والانعزال والصمت، والسكون والشرود حتى الذهول، والتشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة والانخراط في البكاء أحياناً واللامبالاة بالبيئة ونقص الميول والدافعية.

ب- **الأعراض الجسمية ومن أهمها:** الإرهاق والضعف العام والأرق أو كثرة النوم وآلام العضلات وفقد الشهية أو زيادة الشهية ونقص الوزن أو زيادة الوزن واختلال في الوظائف والصداع واضطراب المعدة وخفقان القلب والتعرق والدوار، وكذلك انقباض في الصدر والشعور بالضيق والتأخر النفسي الحركي والبطء والرتابة الحركية وتأخر زمن الرجع وتوهم المرض الكآبة على المظهر الخارجي.

ج- **الأعراض الاجتماعية وأهمها:** عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية كالعلاقة بالزوج أو الزملاء أو العلاقات المعتادة بالناس والتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية وصعوبة واضحة

في تكوين المهارات الاجتماعية وصعوبة التعبير عن الاستيلاء أو رفض الأشياء التي تسيطر على الوقت أو الصحة أو الراحة والشعور بالوحدة وافتقاد الحب والدعم من الآخرين والميل للإنسحاب وعدم بذل الجهد الايجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية.

أما عثمان(2010) فحدد أربعة أعراض للاكتئاب على النحو الآتي:

أ- الأعراض العاطفية : وتتمثل في مشاعر سلبية نحو الذات وفقدان الرضا عن النفس ومشاعر اليأس والميل للبكاء والحزن الشديد.

ب- الأعراض المعرفية: وتتمثل في تقييم ضيق للذات والتشاؤم نحو الحياة وعدم الحسم والتردد.

ج- الأعراض الدافعية: وتتمثل في شلل الإرادة والاعتماد المتزايد على الآخرين والانسحاب.

د- الأعراض الجسمية: وتتمثل في فقدان الشهية واضطراب النوم وفقدان الرغبة الحسية والشعور بالإعياء والإجهاد.

كما يورد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع الذي أعدته رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية (DSM-IV) باعتباره الدليل التشخيصي الذي يعتمد عليه معظم الأطباء النفسيين في العالم - ثمانية أعراض رئيسة مميزة للاكتئاب، ويُعد الشخص مريضاً بالاكتئاب إذا كانت لديه أربعة أعراض منها وهي:

أ- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو زيادة الشهية وزيادة الوزن.

ب- الأرق الدائم أو الإفراط في النوم.

ج- فقدان الاهتمام بالأنشطة الحياتية المعتادة.

د- تناقص مستمر في الطاقة الحيوية مع الشعور بالانهماك الجسمي.

ه- الشعور بالملل والضجر والتبلد الانفعالي.

و-  مشاعر اليأس وانعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب.

ز-  تناقص القدرة على التفكير أو التركيز مثل حدوث التبلد الفكري والتردد.

ح-  التفكير الدوري في الموت وتمنيه وورود الأفكار الانتحارية مع محاولة تنفيذها.

وتتمثل محكات تشخيص النوبة الاكتئابية الأساسية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR, 2000) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في أن تتواجد خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية معًا لفترة أسبوعين على الأقل مع وجود تغير في الأداء الوظيفي السابق، على أن يكون واحدًا على الأقل من هذه الأعراض إما المزاج المكتئب، وإما فقدان الاهتمام أو السعادة، وهذه الأعراض هي كما يلي:

أ-  مزاج مكتئب معظم أوقات اليوم، وكل يوم تقريبا أما بالتصريح الذاتي أو المراقبة.

ب- نقص ملحوظ في الاهتمام أو الاستمتاع بكل الأنشطة، أو كلها تقريبا معظم اليوم، كل يوم تقريبا (كما يتبين إما من خلال تقرير المريض عن ذاته أو من خلال ملاحظة الآخرين له).

ج- نقص كبير في الوزن بدون إتباع نظام غذائي أو زيادة في الوزن (مثل حدوث تغير في الوزن يتجاوز 5%من وزن الجسم خلال شهر) أو حدوث فقدان أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا.

د-  الأرق أو النوم المفرط كل يوم تقريبا.

ه-  تأخر نفس حركي كل يوم تقريبا (يجب أن يكون ذلك ملاحظًا من قبل الآخرين وليس مجرد مشاعر ذاتية بالملل أو البطء الحركي).

و-  التعب والشعور بفقدان الطاقة كلّ يوم تقريبا.

ز- الشعور بانعدام القيمة أو الشعور المتزايد غير المناسب بالذنب (قد يصل إلى حد الضلالات) كلّ يوم تقريبا، (وليس مجرد توضيح للذات أو الشعور بالذنب بسبب المرض).

ح- اختفاء القدرة على التفكير أو التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات كلّ يوم تقريبًا (كما يتبين إمّا من خلال تقرير المريض عن ذاته أو من خلال ملاحظة الآخرين له).

ط- أفكار متكررة عن الموت (ليس مجرد خوف من الموت) أو تفكير متكرر في الانتحار دون خطة محددة أو محاولة انتحار أو خطة محددة لتنفيذ الانتحار.

**تصنيف الاكتئاب:**

يصنف الأكتئاب كأحد الاضطرابات المزاجية التي صنّفها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV) وهو أكثر هذه التصنيفات شيوعًا.

1. اضطراب الاكتئاب الرئيس: (major Depressive Disorder, Single Episode) يشترط أن يحتوي على نوبة اكتئاب عظمى واحدة، ولا يكون هناك نوبة هوسية، أو مختلطة، أو نوبة هوس خفيف، ولا يمكن تعليله تعليلاً أفضل بوصفه اضطراب فصام وجداني، أو ضلالي، أو فصامي الشكل أو ذهاني، أو غير معين على أي نحو.

2. اضطراب الاكتئاب الرئيس المتكرر: ( Major Depressive Disorder, Recurrent) ويتمثل بوجود نوبتين أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى، ولا يوجد نوبة هوسية أو مختلطة، أو هوس خفيف، ولا يمكن تعليله تعليلاً أفضل بوصفة اضطراب فصام وجداني، أو ضلالي، أو فصامي الشكل، أو ذهاني، أو غير معين على أي نحو.

3. اضطراب الاكتئاب العصابي (الديسيثيميا) (Dysthymic Disorder) يغلب على المريض معظم اليوم مزاجٌ مكتئبٌ لمدة سنتين ويوجد اثنين أو أكثر مما يلي (ضعف الشهية، أو الافراط بالأكل، نقص الطاقة والتعب، نقص اعتبار الذات، ضعف التركيز) ولم يحدث على الاطلاق أن خلا المريض مما ذكر أعلاه لمدة تتجاوز شهرين.

4. الاضطراب الاكتئابي غير المعين على أيّ نحو:

- اضطراب عسر المزاج قبل الطمث.
- اضطراب الاكتئاب الصغير.
- اضطراب الاكتئاب بعد الذهاني للفصام.
- اضطراب الاكتئاب الوجيز.
- المواقف التي استنتج فيها الممارس أن هناك اضطراباً اكتئابياً ولا يستطيع تحديده إذا كان أوليّاً، أو استخدم مواد، أو مرض جسمي.

أمّا عن المحكات التشخيصية للاكتئاب حسب (Dsm-S, 2013):

- تمّ استبعاد الثكل(The Bereavement) من الاضطرابات الاكتئابية.
- اضافة اضطراب جديد يسمى اضطراب التقلبات المزاجية للأطفال تحت سن 18.
- (New Disruptive Mood Deregulation Disorder) أمّا باقي المحكات التشخيصية فبقيت كما هي في (DSM-IV).

**أسباب الاكتئاب:**

هناك اختلافات كثيرة في تفسير مصادر الاكتئاب تبعاً للخلفيات النظرية للمنظرين والباحثين، ولكن العديد من الأبحاث العلمية اتفقت على أهم تلك الأسباب وهي كما يلي:

**1) العوامل الوراثية :** إن الوراثة سبب من أسباب الإصابة بالاكتئاب، تشير الكثير من الدراسات إلى أهمية الوراثة في إحداث الاكتئاب، ولا يعرف على وجه التحديد الأسلوب الدقيق لنقل الموروثة المسؤولة عن الكآبة، ويعتقد أنها قد تنتقل بوساطة موروثات جسمية مهيمنة أو موروثات جنسية محمولة على الكروموسوم X. كما يشير البعض إلى ارتباط الاكتئاب بالاضطراب البيوكيميائي للدماغ والذي يرتبط بدوره بالعوامل الوراثية، وتقرر منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشار الاكتئاب 3%بين السكان، وينتشر بين أقارب المرضى بنسبة 11%، وينتشر بين أخوة المريض الأشقاء بنسبة 23%، وغيرا أشقاء بنسبة 17%،ولكن طريقة انتقال الوراثة ما زالت غير معرفة (عكاشة، 1998).

**2) خلل الناقلات العصبية:** وهي ناقلات مسؤولة عن الإيعازات العصبية في خلايا الدماغ، ومن أهمها الناقلات العصبية مثل (الدوبامين والنورأدرينالين ) والتي تؤدي إلى خلل في توازن الناقلات العصبية ولذلك تعتبر الأدوية التي تساهم في رفع نسبة مادة السيروتونين في الجسم من أكثر الأدوية انتشاراً لعلاج الكآبة والتي انقسمت فستؤدي إلى ظهور أعراض وعلامات الاكتئاب (الخطيب وسرحان وحباشنه،2001 )

**3) التوتر الداخلي:** ومن أهم أشكاله فقدان شخص عزيز، وفقدان مستوى اجتماعي أو اقتصادي معين، والشعور بالذنب نتيجة لخرق الضوابط الاجتماعية أو الدينية. وهناك أيضاً المشكلات الأسرية والمشكلات العاطفية التي تصيب الإنسان.

**4) التعاطي:** ويشمل ذلك تعاطي الكحوليات، والمخدرات وبعض أنواع الأدوية التي يمكن أن تسهم في زيادة السيروتين في الجسم.

**5) الأسباب النفسية:** الصراعات والخبرات المؤلمة وعدم القدرة على مواجهة العقبات والتحديات قد تكون سبباً في نشوء الاكتئاب، ويرى المحللون النفسيون أنه إذا لم تشبع الحاجات

النفسية للفرد المهيأ للإصابة بالاكتئاب يصبح تقديره لذاته في خطر، وعندها يكون مستعداً للقيام بأي عمل ليرغم الآخرين على الالتفات إليه.(العبيدي؛2004)

6) **الأسباب الاجتماعية:** يرتبط الفرد بعلاقات اجتماعية مع الأسرة والآخرين من حولـــه ومـــع المجتمع الذي يعيش فيه،. وترجع أغلب الاضطرابات النفسية إلى خلل في التوازن بين الفرد والمجتمع وبين الفرد والآخرين. ومن أهم الأسباب الاجتماعية الضاغطة التي قد تتـــسبب فـــي إصابة الفرد بالاكتئاب:

- الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد ثروة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد الكرامة أو فقد الشرف والفقر الشديد والوحدة والعنوسة وسن اليأس والتقاعد والطلاق والفشل العاطفي. (الخطيب وسرحان وحباشنة، 2001).
- طبيعه العلاقه بين الطفل وأمه، وطريقه تعاملها معه فإذا كانت الانطباعات التي كونهـــا عن هذه العلاقة حسنة فإن الحياة مبهجة، وإذا لم تكن كذلك فإن الحياة قاسية ومملـــوءة بالألم.
- اتباع الطفل أسلوب الوالدين الخاطئ في طريقه مواجهة المشاكل.
- التربية الابوية الخاطئة مثل التفرقة في المعاملة بين الأولاد والتسلط والإهمال.
- موت الأحبة والتوتر في الحياة.
- أسلوب التنشئة في المدرسة.
- أثر الرفاق على الطفل.
- الهجرة من الوطن.

7) **الأسباب الجسمية:** هناك العديد من الأسباب الجسمية المسببة للاكتئاب، ومن أهمها:

- الأمراض الجسمية أو الإعاقات التي تدفع الفرد إلى التفكير الجاد في الموت ومن ثم يصاب الفرد بالاكتئاب نتيجة حالته الصحية.
- اختلال في التوازن الهرموني واضطراب الغدة الدرقية واضطراب في سكر الدم.
- الأشخاص الذين يكون بناؤهم الجسمي من النوع المكتنز أكثر تعرضا لمعاناة الاكتئاب من غيرهم. وهذا النوع من البناء الجسمي يمتاز بالقصر وضخامة تجويف البطن مع قصر الأطراف والرقبة واستدارة الوجه.
- الإصابة بمرض بالحميات والتسمم أو ارتجاج المخ أو في حالات ما بعد الولادة وفي حالة الأنفلونزا (عكاشة، 1998).

**النظريات المفسرة للاكتئاب:**

لقد خضعت تفسيرات الاكتئاب الى أكثر من نظرية. وفيما يلي أهم النظريات المفسرة للاكتئاب:

**1) النظرية التحليلية:**

تعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي شغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه حيث ترى هذه النظرية أنّ الاكتئاب هو غضب موجه داخلياً نحو الذات في أعقاب حدوث فقدان حقيقي أو رمزي للشخص (غضب لا شعوري). وتقرر نظرية التحليل النفسي أن الخبرات الضاغطة الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره، مثل:الانفصال عن أحد الوالدين أو فقده قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب، ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطاً مشابهه لضغوط الطفولة فإنه ينهار وتظهر عليه أعراض الاكتئاب (عسكر، 2001).

ويُعد فرويد – مؤسس نظرية التحليل النفسي- أول من تناول مفهوم الاكتئاب بشكل جديد حيث فسرّه بمقارنة صورتين من الحداد والحزن؛ ففي حالة الحداد يوجد فقدان حقيقي وانفصال عن الموضوع، أما في حالة السوداوية فيأخذ شكلاً وانسجاماً في الروابط اللبيدية. وافترض فرويد أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسالة اتهام الذات، حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات. إن النظرية التحليلية ترجع جذور الاكتئاب إلى العلاقات الأولى في المراحل المبكرة من نمو الفرد خاصة تلك العلاقات الحميمة بين الأم وطفلها ومدى ما حققته تلك العلاقة من إشباع ورضا بالنسبة للطرفين (Champion, 1992). ويرى فرويد أيضاً وأصحاب النظرية التحليلية أن الاكتئاب عبارة عن حاله اضطراب تتعلق بفقدان شيء ما أو شخص عزيز. وقد فسر فرويد الميلانخوليا أو الحزن بأنه نتيجة فقدان حبيب أو شيء عزيز أو البعد عن أرض لها علاقة حميمة ، وهذا الحزن هو اكتئاب تطور نتيجة غضب تجاه هذا الشخص أو الشيء ثم يتحول هذا الحزن إلى الذات أو الداخل نتيجة لعدم قدره الشخص المكتئب على التصريح بأن هذا الشيء كان مصدراً للحب والمساندة (جلال، 1986).

2) النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب سلوك مكتسب متعلم وهو بذلك لا يختلف عن أيّ سلوك آخر يتعلمه الفرد. كما يرون تعرض الشخص لخبرات كثيرة من الفشل تجعله يتوقع الفشل دائما في المستقبل، وعدم الثقة في النفس أو الشعور بأنه شخص عاجز فاشل وغير محبوب بسبب الاكتئاب (زقعار، 2013).

ولقد فسّر الاكتئاب عند أصحاب نظرية التعلم على أساس مفهوم التدعيم وخاصـــة فـــي إنقاص التدعيم الإيجابي وإحلال الأثر السلبي الذي من شـــأنه أن يبـــرز أعـــراض الاكتئـــاب، وبالرغم من كون نظريات التدعيم هي الأنموذج الأساسي الذي يرتبط بظهور الاكتئاب كاستجابة لمثير مكروه أو نقص التدعيم الإيجابي إلا أنّها تعد القاعدة الأساسية لنظريات التعلم الاجتماعي، والتي تركز على المهارات الاجتماعية والقدرة على اكتساب التدعيم الإيجابي من خلال العلاقات الاجتماعية المتبادلة (عسكر، 2001).

**3) النظرية المعرفية :**

أشار بيك وراش وشـــو وإيمـــري (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) أنّ أعراض الاكتئاب تتوالي تبعا لفاعلية الأنماط المعرفية وينظر (Beck) للاكتئاب على انّه تنشيط لثلاثة أنماط معرفية أصطلح على تسميتها بالثالوث المعرفي أو الاكتئابي وهي: الأفكار الـــسلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل ويتضمن هذا الثالوث التفسير السلبي للأحداث وأفكار عن الشعور بالذنب وعدم القيمة وعدم الكفاءة والانهزامية. كما بين أن مـــشاعر الحـــزن والـــشقاء والبؤس التي تميز الاكتئاب تتزايد من خلال محاولة الفرد لتفسير خبراته المعرفية ضمن حدود ومشاعر الهزيمة وقد عزى (Beck) الاكتئاب إلى ادراكات سلبية وسوء تفسير الخبرات التـــي مرّ بها فقد كان تفسيره على أساس اضطراب في التفكير ينعكس على الجانب الوجداني.

وقد بيّن ألبرت إليس (Ellis) أنّ المعتقدات غير العقلانية هي مسببة للاكتئـــاب، وأنّ إدراك الفرد للأحداث بصورة خاطئة تؤدي بالفرد إلى الاكتئاب حيث أنّ الاســـتجابة العاطفيـــة تؤدي بالفرد إلى الاكتئـــاب ..(Bellack, Hersen, & Kazdin,1985). ويـــرى أصـــحاب النظرية المعرفية أن موقفًا ما من مواقف الحياة يستثير أبنيـــة معرفيـــة تـــرتبط بالهزيمـــة أو الحرمان، وخبرات سلبية ولومًا للذات تؤدي بدورها إلى تأثيرات مرتبطة بالحزن والقلق.

وقد أعدّ بيك (Beck) قائمة للاكتئاب تضمنت إحدى وعشرين فئة من الأعراض والاتجاهات منها المزاج والتشاؤم والشعور بالفشل وعدم الرضا، ومشاعر الذنب و ... الخ. (الدعاسين، 2004).

ومن النظريات المعرفية التي اشتهرت في إطار تفسير الاكتئاب؛ نظرية المخطط المعرفي السلبي (Negative Cognitive Schema) والتي قدمها (أرون بيك) والتي تتلخص في أن الشخص المكتئب لديه مخططاً ذاتياً سلبياً وبحسب هذه النظرية يوصف المكتئبون بأنّ لديهم مخططا ذاتياً معرفياً سالباً يستبعد بطريقة انتقائية المعلومات الموجبة عن الذات، ويستبقى السالبة، ويحتمل أن يعزى إلى كثرة النقد والأوامر والنواهي التي يتلقاها الطفل من والديه، أو قد يعزى إلى أحداث الحياة السالبة القوية، وتشكل هذه المخططات المعرفية السالبة أساسا لتطور ما يسميه بيك المثلث المعرفي السلبي، ويطلق بيك على هذه المخططات السالبة مصطلح التشويه المعرفي،

ولاحظ بيك عدم التجانس بين مفهوم الاكتئاب ومرض الاكتئاب، وقام بدراسة المفهوم من عدة أبعاد شملت الأنماط المعرفية في الأحلام، والعلاج النفسي، وحوادث الحرمان في الطفولة، وطبقاً لذلك فقد ذكر بيك أن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية ووجدانية ودافعية تترتب على نمط من التفكير السلبي، والتشويه المعرفي الذي يميز المكتئبين عن غيرهم وبالتالي فإن النظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب تستند إلى أنّ أفكار الأفراد تؤثر في مشاعرهم وسلوكهم بالسلب أو بالإيجاب (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

وأن هناك تفاعلاً دائم الحدوث بين المعرفة والانفعال والسلوك، ونتيجة لهذا التفاعل فإن المعارف الخاطئة أو التصورات الخاطئة من شأنها أن تسبب انفعالات سالبة وسلوكيات معوجة

أو مضطربة. هذه المعارف الخاطئة تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعدّ في نظر المعرفيين هو المسئول الأول عن حدوث الاكتئاب (الحسين، 2002).

4) النظرية الإنسانية:

ويرى أصحاب هذه النظرية أنّ المريض بالاكتئاب يعاني من وجود افكار عن نفسه يشعر معها بالضعف وهذه الفكرة أكثر مما تتحمله ذاته، فيحاول الشخص أتخاذ عدة طرق ليثبت أنه أحسّ مما يشعر، ويستمر في هروبه من مواجهة نفسه ومشكلته، فإذا أنهارت إمكانياته الجسمانية والصحية أحس بضعفه فيواجهه الشعور بالنقص والضعف ويعتريه الاكتئاب ويرى روجرز أنّ الاكتئاب نتيجة لعدم قدرة الفرد للوصول إلى المثالية، وذلك بسبب الاختلافات بين الذات الواقعية والمثالية، ولابدّ من حصول الفرد على مساعدة الآخرين لبناء الذات المثالية وذلك عن طريق تقويم معتقداته ومساعدته في مواجهة الأمور الصعبة التي تواجهه (Collins, 1990).

5) النظرية الاجتماعية:

أثبت علماء الأجناس أنّ للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرًا في تكوين الشخصية وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية. وأوضح علماء الإجتماع أثر عدم الاستقرار والطلاق والإدمان والتبني والحرمان العاطفي والفقد أو الانفصال عن أحد الوالدين والنشأة في ملجأ أو بيت للحضانة على الشخصية. وقد أظهرت الدراسات الميدانية في الأمراض النفسية أنّ ما تعتبره بعض المجتمعات مرضاً يستحق العلاج ينظر إليه في مكان آخر على أنه نوع من الانحراف يجب فصله عن المجتمع أو عزل صاحبة في أحد السجون. بينما في مجتمع ثالث يقبلون هذا النوع من السلوك كظاهرة عادية لا تحتاج للعلاج أو العقاب (عكاشة، 1998).

وهكذا يفترض علماء الاجتماع أنّ المجتمعات نفسها لها القدرة على خلق الاضـطراب النفسي في الأفراد. فبعض المجتمعات مضطربة، الأمر الذي يجبر أفرادها على الانغماس في السلوك الشاذ والغريب للتكيف مع معايير وعادات هذا المجتمع، وأصحاب النظرية الاجتماعية.

وبحسب العبيدي (2004) فإن علماء الاجتماع يعزون الاكتئاب إلى:

- تفكك الحياة الأسرية وغياب الأب أو انحرافه.
- إحساس الفرد بالعزلة والنبذ الاجتماعي.
- الفقر وسوء الحالة الاقتصادية.
- سوء العلاقه بين الافراد بسبب الخلل النجم عن ضعف العلاقات الاجتماعية بين الأفراد.
- انخفاض الانجاز والفشل.

### 6) النظرية الفسيولوجية

ترى النظرية الفسيولوجية أنّ الاكتئاب يتضمن عدداً من الأعراض ويجب الإدراك أنّـه عندما يكتئب الفرد فإن كثيرًا من التغيرات تحدث على مستويات بيولوجية، فقد بينت الدراسات أنّه على المستوى الكيميائي في الدماغ يحدث اختلال فيما يسمّى بالناقل العصبي والمواد التي يوصلها هذا الناقل مثل (سيروتين) و(دوبامين) و(النور أدرينالين) وهذه هي التي تؤثر في شعورنا إيجابياً (المرح والسعادة) ويجعلنا مهتمين بأمور مثل (الطعام والجنس) أو شعورنا سلباً (القلق والخجل والحزن). وترى هذه المدرسة البيولوجية أن التغيرات الفسيولوجية التي ترافق الاكتئاب تؤثر في المزاج أو السلوك والقدرات على التركيز والتذكر والانتباه والإدراك (Gilbert, 2000).

ويرى مارتن ولانج وأولفسدوتر (Martin, Lang & Olafsdottir, 2008) أنّ نقص مادة (النوربنفرين) (Norepinefrine) التي تعمل على نقل السيال العصبي هي المسئولة عن الاكتئاب. (نقص هذه المادة يرتبط بالاكتئاب أما زيادتها يرتبط بالهوس). وبقي التساؤل قائماً في الدور الرئيس للاكتئاب إن كان بيولوجياً كيميائيا أو سيكولوجياً، وقد ساق أصحاب النظرية البيولوجية أدلة أو براهين كانت قاطعة من وجهة نظرهم منها:

1. ازدياد الأعراض الاكتئابية أثناء وقبل الطمث لدى المرأة إضافة إلى الحساسية الزائدة وكثرة البكاء يصاحب ذلك تغيرات في الهرمونات الجنسية.
2. اضطراب وقت حدوث الطمث أثناء اكتئاب المرأة.
3. اصطحاب مرض (المكسيدما) (نقص إفراز الغدة الدرقية) بأعراض اكتئابية شديدة في 40% من هذه الحالات (الحسين، 2002).

الحرمان من الإنجاب

تُعد الأمومة و الأبوة أمنية وهدف يسعى لتحقيقه الغالبية العظمى من الناس اليوم؛ فالإنجاب حاجة فطرية لدى الإنسان، وترتبط ارتباطاً كبيراً بتقدير الذات، وجودة الحياة، والمشاعر النفسية الإيجابية (الخالدي، 2002). كما أنّ الاعتبارات الدينية والثقافية تزيد من أهميتها والإلحاح في تحقيقها. فعلى سبيل المثال يعتبر الإنجاب في الثقافة الإسلامية أحد المقومات الأساسية لهدف الزواج (درويش، 2009)، ففي المجتمع الأردني مثلاً يصل متوسط عدد مرات الحمل للمرأة ما بين 8-9 مرات بالرغم من أن متوسط عدد أفراد الأسرة يبلغ (6) أفراد (دائرة الإحصاءات العامة، 2013).

وبالرغم من ارتفاع نسبة المواليد في الأردن والتي بلغت (21.25%) في عام(2012) بنسبة خصوبة بلغت (2.36%) ، إلا أنّ هناك العديد من السيدات اللواتي يعانين من الحرمان من الإنجاب أو ما يمكن تسميته(العقم)؛ حيث ارتفعت النسبة من 10-12% في التسعينات وارتفعت إلى (15%) من الفترة بين 2000-2012؛ بمعنى آخر هناك ما يقارب من (15%) من الأسر التي تحاول بكافة الطرق الوصول لإمكانية الإنجاب ولكنها لا تستطيع ذلك بسبب العقم، ومما يؤكد ذالك ارتفاع نسبة المراجعين لمراكز الإخصاب في السنوات الأخيرة حيث أن المعدل السنوي لعدد المراجعين لمراكز العقم في مستشفى الأمل بالعاصمة عمان مثلاً يبلغ 2900 حالة نصفهم أردنيون والباقي من أقطار عربية مجاورة، في حين كان معدلهم قبل خمس سنوات حوالي 1500 حالة نصفهم من الأردنيين (وزارة الصحة، 2013).

**تعريف العقم لغةً**

العقيم الذي لا يولد له، ويُطلق على الذكر والأنثى، والاسم منه (العقم)، ويجمع الرجل على (عقماء، وعقام) وتجمع المرأة على (عقائم، وعقم). وعقل عقيم: أي لا ينفع صاحبه (الرازي، 1985: 188).

والمُلك العقيم: هو الذي لا ينفع في طلبه نسب ولا صداقة' فإن الرجل يقتل أباه وابنه على الملك. ويوم عقيم: أي لا هواء فيه شديد الحر، وأيضاً هو يوم القيامة لأنه لا يوم بعده. والعقام هو الداء الذي لا برء منه ( الفيومي، 1990: 136). ومن المعنى اللغوي اشتق عقم المرأة والرجل وهما اللذان لا يولد لهما (العارف، 2001).

والعقيم من النساء التي لا تلد، والعقم وصف للرحم الذي لا يعطي الولد ويقول أصحاب المعاجم العَقم بفتح العين والعُقم بضم العين: هزمة تقع في الرحم فلا تقبل الولد.

والرحم المعقومة كما يذكر (الزمخشري) أي المسدودة التي لا تلد ويقال امــرأة عقــيم ورجل عقيم يستوي فيها الذكر والانثى.

وعلى هذا جاء قوله تعالى (ويجعل من يشاء عقيمًا) شامل للاثنين: الرجــل والأنثـــى. وذلك ما أكده العلم الحديث فالعقم مرض يصيب الرجال والنساء على حد سواء وليس كما كــان يعتقد قديماً أنه خاص بالنساء دون الرجال (عبد العال، 2000).

وهو من الناحيه الطبية "عدم القدرة على الإلقاح بالرغم من إمكانيــة الرجــل علـــى ممارسة العملية الجنسية" (الخوري، 1998).

ويعد عقم الرجال من الأمور الصعبة حيث بلغت نسبة نجاح علاجه كما تذكر بعــض الدراسات الإحصائية 15% في حين أنّ عقم النساء وصلت نسبة نجاح علاجه إلى 50% (أبو تراب، 1982).

وعقم المرأة يعني أن رحمها يعقد ماء الرجل أو هو عجزها عن تقبل مني الرجل وذلك ما يمكن تفسيره في الطب الحديث بأنّ حموضة المهبل تقتل الحيوانات المنوية بــصورة غيــر اعتيادية أو وجود تضاد بين خلايا المهبل والحيوانات المنوية مما يــؤدي إلـــى موتهـــا أو أن إفرازات عنق الرحم تعيق ولوج هذه الحيوانات (كرادشه، 2012).

وترى الباحثة أن معنى عقيم لغوياً يصف كل ما لا يثمر، أو كل ما لا يرجى نفعه، وفي هذه الدراسة عدم قدرة المرأة على الإنجاب، أو الحرمان من الإنجاب. وقد جاء لفظ عاقر وعقيم بمعنى واحد وهي التي لا تلد والذي لا يولد له.

تُعرف الدراسات الطبية الحرمان من الإنجاب (العقم) بأنه "حالة تجمع بين زوجين كان بينهما اتصال جنسي طبيعي ودوري خلال فترة (12) شهر دون استخدام أي نوع مــن أنـــواع موانع الحمل ولا ينتج عن ذلك الحمــل" (Hossein & Farzadi, 2001)، ووفقـــاً للتعريــف

الطبي للعقم فإنه يعني أن 90% من السيدات المصابات بالعقم سوف يعانين من الحرمان من الإنجاب بسبب عدم توفر علاج طبي قادر على تمكينهن من الحمل (الزواوي، 2011).

أما من المنظور الاجتماعي فلا يُنظر للحرمان من الإنجاب (العقم) على أنه حالات رقمية أو إحصائية؛ إذ أن الزوجين اللذين يعانيان من العقم يريان أنها مشكلة تهدد استمرارية كيانهما الزواجي، إضافة إلى ارتباط العقم بالشعور بخلل الدور. إذ أن العقم لدى المرأة يؤثر سلباً على درجة اكتمال الأنوثة لديها مما يسبب خللاً في دورها الاجتماعي (رجب، 2000).

أما بالنسبة لعلماء النفس فإن العقم يُعرف بأنه " مرحلة من مراحل الأزمات التي تواجه الفرد إضافة لكونه إعاقة غير مرئية تصيب الفرد بسبب نظرات المقربين وما يترتب عليه من ردة فعل من أصحاب المشكلة، وما يترافق ذلك من مشاعر القلق، والتوتر، والخوف، والاكتئاب، والعزلة الاجتماعية (عيسوي، 2011).

كما يشير معجم مصطلحات الطب النفسي (الشربيني، 2009) بأن العقم Infertility هو الحرمان من الإنجاب، وإخفاق الحمل بعد مرور عام من اللقاء الجنسي الأول بين الزوجين بشرط عدم استخدام وسائل منع الحمل، ويحدث في نسبة (15%) من حالات الزواج تقريباً، ويكون بسبب المرأة بنسبة (60%) والرجل بنسبة (40%) من الحالات.

**وتتبنى الباحثة في هذه الدراسة** تعريف عبد العال للعقم يشير إلى أن العقم هو (عدم القدرة على الإنجاب، وهي صفة تطلق على الزوجة بعد مرور عام كامل على الأقل من الاتصال الجنسي الصحيح بدون استعمال أي عائق أو مانع يعوق الإنجاب، وقد يكون الحرمان من الإنجاب (العقم) أولياً إذا لم يكن هناك أيّ إنجاب منذ سن البلوغ، وقد يكون ثانويًا بمعنى أنّه حصل إنجاب في السابق ثم توقف الإنجاب بعد ذلك، وهذا يسبب للمرأة العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية والشخصية).

**تعريف الحرمان من الإنجاب (العقم)**

العقم كما جاء بالدراسات الحديثة (Hilbert, 1998) هي أزمة لها أربعة أبعاد (طبية، نفسية، اجتماعية، وأسرية) كان العقم يفسر بأنه بسبب الزوجة (الأنثى) وأن سببه عضوي ونفسي لكن الأبحاث أثبتت عكس ذلك ففي دراسة توستدو (Tostado. 1997) تساوي كلّ من الزوج والزوجة في سبب حدوث العقم بنسبة 35% وبينما يأتي سبب العقم كسبب مشترك بين الزوجين يشكل 20%، في حين أن التشخيصات التي تظهر عدم معرفة السبب تمثل فقط 10%.

ورغم تأكيد الدراسات على نسبة تساوي مساهمة الرجل والمرأة بوجود هذه المشكلة إلا أن الدراسات أثبتت أنّ المرأة أول من تبادر في الفحص والتحري عن سبب تأخر الحمل مقارنة بالرجل. (Shapiro, 1988) ويعود السبب في ذلك إلى الضغوط التي تتعرض لها المرأة نتيجة عدم تحقيق أهم أهدافها في الحياة والتي تتمثل في الأمومة وهذا ما أكدته دراسة ( Henderson, 1999) على عينة من الأمريكيين الذين تتراوح أعمارهم بين 25-44 سنة تبين أنّ النساء أكثر مراجعة للطبيب لبحث مشكلة العقم مقارنة بالرجل.

وينتشر العقم كذلك بشكل كبير في مختلف دول العالم، حيث أشار احدث تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية أن العقم يؤثر على (48) مليون سيدة في مختلف أنحاء العالم ويتركز بشكل واضح في دول جنوب أسيا، ودول إفريقيا (Mascarehnas, Flaxman, Boerma, Stevens, 2012). وفي الولايات المتحدة الأمريكية أشار التقرير الإحصائي الصحي السنوي أن نسبة العقم ارتفعت من (15%) في العام 2000إلى(18%) في العام 2012 مع وجود مؤشرات كثيرة تؤكد احتمالية ازدياد هذه النسبة في السنوات القادمة (National Health Statistics Report, 2013)

ولما كانت مجتمعاتنا الشرقية بصفة عامة والأردنية بصفة خاصة تنظر لمؤسسة الزواج على أنها رحم لإنتاج الذرية، تبرز أهمية تعريف الحرمان من الإنجاب (العقم) من خلال عـدة أبعاد لغوية، وطبية، واجتماعية، ونفسية على النحو الآتي:

**أنواع وأسباب الحرمان من الإنجاب(العقم)**

يُقسم العقم عند السيدات إلى نوعين اثنين هما: العقم الأولي؛ ويعني عدم حدوث الإنجاب مطلقاً، والعقم الثانوي؛ ويعني حدوث إنجاب قبل ذلك. ويتسبب العقم الأولى عن أمراض غددية أو هرمونية أو كنتيجة لعدم نضوج الأعضاء التناسلية عند المرأة أما العقم الثانوي الذي تـشكو منه المرأة بعد الولادة الأولى أو الثانية أو بعد الإجهاض، فتكون أسبابه في أغلب الأحيان ناتجة عن مضاعفات الولادة، مثل مشكلات الرحم والتمزقات والمـضاعفات، وأمـراض المبـيض وغيرها من المشكلات الطبية (الحنفي، 1991).

وتتعدد الأسباب المرتبطة بالعقم منها الطبي، والنفسي، والوراثي، والاجتماعي سـواء للرجل أو المرأة، ومن الأسباب الطبية للعقم عند المرأة ما ذكره الطيارة (1991) كالآتي:

1. الأسباب المهبلية: يؤدي انسداد المهبل إلى منع عملية الاتصال الجنسي الصحيحة، فقد يؤدي ضيق المهبل أو انسداده إلى التهابات موجعة في جدار المهبل تمنع حدوث الجماع وبالتالي تمنع الحمل.
2. أسباب تتعلق بعنق الرحم: ومنها عمليات استئصال الرحم، أو وجود أجسام مضادة تعمل على قتل الحيوانات المنوية، حيث أنّ عنق الرحم أكثر الأجزاء التناسلية قدرة على إنتاج الأجسام المضادة، وهناك حالات انسداد عنق الرحم والتي تعتبر أقل انتشاراً.
3. أسباب تتعلق بالرحم: ومنها التشوهات الخلقية والتي يمكن إصلاح بعـضها بالتـداخل الجراحي، ومن الأسباب المرتبطة بالرحم الالتصاقات داخل الرحم بسبب تكرار عمليـة

التنظيف أو الالتهاب الشديد في الرحم أو الجروح الناتجة عن استئصال الأورام الليفية السابقة.

4. أسباب ترتبط بقناتي فالوب: وتتضمن الالتهابات المزمنة التي تسبب احتقان القناتين، مما يمنع مرور البويضة، مما يسبب التليف وبالتالي منع الحمل بشكل نهائي.
5. خلل وظائف المبيض: وينتج ذلك عن التكيسات على المبيض وبالتالي منع الحمل.
6. أسباب أخرى ترتبط باضطرابات الدورة الشهرية، وارتفاع نسبة هرمون الذكورة لدى السيدات، وفشل عمل المبيض بشكل طبيعي. إضافة إلى الأسباب المرتبطة بخلل عمل الغدد لدى بعض السيدات.

وقد لخص الرأس (2011). أهم أسباب العقم عند السيدات على النحو الآتي:

1) ضيق المهبل، وضيق عنق الرحم.
2) التهاب عنق الرحم وقرحة عنق الرحم .
3) الأورام الليفية في الرحم.
4) أورام المبيض الحميدة والخبيثة .
5) انقلابات الرحم وانحرافاته .
6) عيوب الرحم التكوينية .
7) السل الرحمي .
8) الأمراض الزهرية والتناسلية
9) مرض الأندوميتريوز ( Endometriosis ) أو الالتصاقات الدموية .
10) قصور وظيفة المبيض، وانعدام التبويض .
11) خلل في مادة الرحم الزلالية ومناعة ذاتية ضد نطف الزوج المنوية .

12) الحمل خارج الرحم ومضاعفاته .

13) سوء التغذية المستمر، وفقر الدم المزمن .

14) اضطرابات وأورام الغدة الدرقية والغدة النخامية .

15) النضوج الجسماني غير الكافي كأن يكون حوض المرأة صغيراً وأعضاؤها التناسلية غير نامية بشكل كاف.

16) انقطاع الحيض المفاجئ في سن مبكرة .

17) الأمراض السارية والمعدية في سن الطفولة .

18) المشكلات الاجتماعية والأسرية.

19) الالتهابات على أنواعها.

مما سبق يمكن القول، أنه رغم تعدد أسباب الحرمان من الإنجاب، إلا أنها في الغالب تصيب الزوجين وبخاصة المرأة بالعديد من المشكلات والاضطرابات النفسية كالقلق والتوتر والاكتئاب والانطواء والعزلة الاجتماعية مما يستدعي بالضرورة تداخل نفسي علاجي لحل هذه المشكلات النفسية أو الحد منها (الحاج، 1992).

**أما الأسباب النفسية للعقم عند السيدات فترتبط بالعديد من العوامل التي ذكرها درويش (2009) على النحو الآتي:**

1. تعرض الزوجة لمشكلة عدم الإنجاب، وبخاصة في السنوات الأولى من الزواج قد يصيبها ببعض الأعراض النفسية التي تحد من قدرتها على الإنجاب فكثرة التفكير للسيدة في متى ستنجب مع إلحاح وأسئلة الأهل عن حدوث الحمل كل هذا له الأثر في نفسيتها مما يقلل من فرصتها بالإنجاب بسبب التفكير الزائد.

2. العوامل النفسية كالخوف والتوتر والقلق التي قد تؤدي إلى فشل الاتـصال الجنـسي أو عدم المقدرة على إنتاج البويضة.

ويضيف الرأس(2011) أنّ هناك بعض الافتراضات النفسية التي تفسر تأخر حـدوث الحمل او عدم القدرة على الحمل بشكل نهائي بسبب القلق والتوتر والذين قد يحدثان تغييراً فـي بعض الإفرازات الداخلية في عنق الرحم. و يؤدي التوتر إلى التقلص في عـضلات الجـسم كعضلات جدار قناة فالوب فتصاب السيده بانقباض تشنجي ، وقد تتقلص عـضلات المهبـل بحيث تصبح عملية الجماع مؤلمة وغير مستحبة، و يقودنا هذا إلى أن الضغط النفـسي يلعـب دوراً رئيساً في الحرمان من الإنجاب من خلال التغيرات الجسدية والنفسية التي يتـسببها فـي الجسم على النحو الآتي:

1. الضغط النفسي يؤثر على الدماغ والدماغ يؤثر على الهرمونات التـي تفرزهـا الغـدة النخامية والمبايض والتي بدورها تكون مسؤولة عن حدوث الإباضة وعدمها.
2. الضغط النفسي يؤدي إلى القلق والحرمان من النوم وبالتالي يؤثر علـى افـراز بعـض الهرمونات المرتبطة بالإنجاب.
3. الضغط النفسي يؤدي إلى ارتفاع هرمون الحليب مما يؤثر على هرمون الإباضة التـي يتحكم بالإباضة.
4. عند الاستجابة للضغط النفسي يتم افراز مواد عصبية تعمل على تشنج قناة فالوب والرحم مما يعيق انغراس الجنين في الرحم وهذا ما يؤكد بأن النساء المحرومات من الإنجاب هن أكثر عرضة للقلق والاكتئاب وهن يحتجن إلى التعامل مع ضغوطات كثيرة منها:
   - صعوبة الإنجاب.
   - أخذ أبر تنشيط المبايض.

- احتمالية فشل برنامج طفل الأنابيب.
- الضغط المادي.
- القلق وتقلب المزاج.

وفي السياق الاجتماعي، يذكر الزواوي (2011) مجموعة من الأسباب الاجتماعية التي قد تسبب عدم الحمل أو العقم ومنها ضعف التوافق الاجتماعي بين الزوجين، وكراهية كلا الطرفين أو أحدهما للآخر، ومن ثم الرفض النفسي للإنجاب منه يؤدي إلى حالة من العقم وذلك لتأثير الاضطرابات الأسرية على اضطراب الغدد، كذلك الرغبة في الانفصال الذي قد يكون نتيجة لعدم التوافق في الزواج، وشعور المرأة بالعداء نحو زوجها وكرهها له ينعكس على درجة الإخصاب حيث يؤدي إلى آلام وقت الاتصال الجنسي أو التقلص العصبي في المهبل ويؤدي إلى صعوبة أو انعدام العملية الجنسية.

ومن جانب آخر، إن اختلاف العادات والتقاليد بين الزوجين حيث يتخذ عدم الجماع كوسيلة تأديبية بين الزوجين، وهجر الرجل للمرأة، أو تمنع المرأة على الرجل مما يؤدي إلى الحرمان من الإنجاب، وتؤكد بعض الشواهد الطبية أن بعض الزيجات قد تشكو من وجود العقم ولكن السبب في ذلك يرجع إلى أن عملية المعاشرة الجنسية بين الزوجين غير كاملة. (المصاروة، 2003).

أما عن متى يبدأ الزوجان في البحث عن أسباب تأخر الإنجاب فإن الوقت يتفاوت بين الأزواج. ولكن الهيئات الطبية تنصح الزوجين ببداية البحث عن أسباب هذه الحالة بعد مرور سنة من الزواج حيث أن احتمال الحمل في كل دورة شهرية لا يزيد عن (20-25%) ويجب أن نضع في عين الاعتبار أن الله سبحانه وتعالى جعل لكل انسان قدرة بيولوجية معينة تختلف من شخص لآخر. لهذا يجب أن يجلس الزوجان معاً كفردين متحابين منسجمين ويجب أن يقتنعا

أن هناك نسبة لتأخر الحمل وأن هناك وقتاً لازماً لذلك، فلا يجب أن يدب القلق والتـوتر فـي حياتهما أو أن يلقي كل منهما اللوم على شريكه قبل الذهاب للإستشارة الطبية.

**الآثار النفسية المترتبة على الحرمان من الإنجاب لدى المرأة:** نستطيع أن نقسم الآثار النفـسية من حيث مصادرها إلى قسمين:

1. مصدر داخلي (من داخل النفس).
2. مصدر خارجي (من الأسرة والمحيطين).

فالزوج يشعر بالنقص في رجولته وخاصة في مجتمعاتنا الـشرقية وينتابـه الـشعور بالحرمان، أما الزوجة فتعاني من الحرمان من الأمومة وتشعر بالتوتر والخوف مـن ضـياع زوجها وهجره. والتفكير في زواج آخر. كما قد ينتاب الزوجة شعور بالذنب بأنها هي الـسبب في عدم الإنجاب ويدعم الزوج شعورها هذا اذا ابتعد عنها عاطفياً وجسديا.

وبما أن الأمومة حاجة ملحة لدى السيدات كان الحرمان منها شديد القسوة على المـرأة المحرومة من الإنجاب فهي تشعر أنها حُرمت من أهم خصائصها كامرأة، ومهمـا حاولـت أن تعوض هذا النقص فإنها في النهاية تشعر بفراغ هائل وتشعر أن لا شيء يمكن ان يمـلأ هـذا الفراغ بداخلها، ولذلك تظهر أعراض الاضطرابات النفسية أو النفسجسمية بكثرة حتى لا تجد لها مخرجاً، والمخرج يمكن أن يكون بتبني طفل أو التسامي بغريزة الأمومة من خلال رعاية الأيتام أو العمل في المجال التطوعي (القريطي، 2003).

ويشير سلابودا و هيكي وهارت (Sloboda, Hickey & Hart, 2010) أن للتـأثير النفسي على الجسم والغدد الصماء مضاعفات وخيمة من حيث التغير في وظائف هذه الغدد مما قد يؤدي هذا إلى الإضرار بالإفراز الهرموني العام في الجسم. وهكذا إذا ما صدمت المرأة نفسياً

يضطرب محور الدماغ المتوسط- الغدد النخامية- مما قد يؤثر في إفرازاته وبالتالي الشعور بالعديد من الاضطرابات النفسية وهذا ما شرحته النظرية الفسيولوجية.

وهناك العديد من الأعراض النفسية والاجتماعية التي تتصاحب مع معاناة السيدات من مشكلة الحرمان من الإنجاب (العقم). فهذه مشكلة يصاحبها الكثير من الآلام النفسية والشعور بالفقدان والعزلة النفسية والاجتماعية، إضافة إلى الحساسية المفرطة في التحدث أو الاستماع لمناقشات تلك المشكلة (القشعان، 2000).

وقد بيّنت افليك (Aflek,1990) بأنّ امتداد فترة العقم لدى السيدات تتصاحب مع ازدياد الضغط النفسي والإصابة بالاكتئاب أو المشاعر المرتبطة به، حيث تصاب العديد من السيدات المحرومات من الإنجاب بحالات متواصلة من تدني الحالات المزاجية الايجابية، وانخفاض الاهتمام بالحياة، والشعور بالذنب، وتدني تقدير الذات، إضافة إلى عدم القدرة على النوم بشكل صحيح وفقدان الشهية والطاقة، وتظهر المشاعر الاكتئابية لدى السيدات المحرومات من الإنجاب بنسب تتراوح بين 10%-25% بمعدل مرتين إلى ثلاثة مرات يومياً مقارنة بالمكتئبات لأسباب أخرى.

ويلخص درويش(2009) الآثار النفسية المرتبطة بالحرمان من الإنجاب على النحو الآتي:

1. تدني درجة تقدير الذات.
2. تجنب المواقف الاجتماعية التي يوجد فيها أطفال أو رضع أو نساء حوامل.
3. الحزن، والخوف، والقلق، والاكتئاب.
4. الإصابة بنوبات من الغضب غير المبرر.
5. الشعور بالذنب وتحقير النفس.

6. الخوف من هجران الزوج.

أما مدى الشعور بوقع المشكلة على نفسية كلا الزوجين فقد أجـرى عـالم الاجتمـاع شارلين ميال (Mial, 1986) دراسة على عينة من الأسر العقيمة واستنتج من خلال مقابلاته مع تلك الأسر أن مشكلة العقم لدى تلك الأسر تتشابه في تأثيراتها ودرجة حدتها مع أولئـك الـذين يعانون من الشعور بالأمراض المستعصية أو ممن يعانون من الإعاقة الحركية.

وقد أكدت العديد من الدراسات على هذه الآثار النفـسية؛ ففـي دراسـة دورسـدوزل (Dorsdozol, 2009) التي أجريت على (100) سيدة محرومة من الإنجاب، أن 35.4% من السيدات يعانين من الاكتئاب الشديد بسبب الحرمان من الإنجاب، وأن 19.74% منهن يعانين من الاكتئاب بدرجة متوسطة، حيث يترافق الاكتئاب لديهن بحالات من الانطواء والعزلة، والخوف من الاختلاط الاجتماعي، وتدني صورة الذات، والخوف من الحاضر والمستقبل.

وقد بينت دراسة أخرى أجراها داهليويال وجابوتا و جوبلان (Dhaliwal, Gupta & Gopalan, 2004) أنّ سرعة وشدة درجة الغضب من الآثـار النفـسية الخطيـرة المرافقـة للحرمان من الإنجاب، والسبب هو ردة الفعل المصاحبة للشعور بفقدان الأمل وعـدم الـسيطرة على الجسم في محاولة للإسراع بعملية الإنجاب، بل قد يتطور الأمر مع مرور الوقت واستمرار فترة العقم التي تولد نوعًا شديدًا من الحساسية الزائدة للمحيط، وبالتالي الإحساس بالاكتئاب الذي يتزايد مع الوقت ويصبح شديداً ومستعصياً.

لهذا فإننا في كثير من الحالات التي تعاني من مشاكل الاكتئاب نبحث وراء الأسـباب فنجد أنها تكمن في عدم القدرة على الإنجاب، وفي النهاية يجب أن يرضى الإنسان بقـضاء الله وقدره وأن تكون العلاقة بينه وبين ربه وطيدة وليكن في قصص الأنبياء قدوة وأسـوة فلينظـر الزوجان إلى قصة سيدنا إبراهيم عليه السلام وكيف تأخر الإنجاب عنده لسنوات عديـدة حتـى

أصبح شيخاً كبيراً وأصبحت زوجته عجوزاً، ثم رزقه الله بذرية صالحة نتيجة صبره وكان معظم ذريته أنبياء.

**العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioral Therapy**

ظهر مفهوم العلاج المعرفي السلوكي في بدايات الستينات، وأصبح في فترة قصيرة جانباً رئيساً من جوانب الإرشاد النفسي في معظم الدول المتقدمة ، كما يعتبر هذا النوع من العلاج هو محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع الأفراد بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في السلوك؛ لذلك فهو شكل من أشكال الإرشاد يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أفضل (علوي، وزغبوش، 2009).

ويعود الفضل في ظهور العلاج المعرفي السلوكي للأخصائي النفسي ارون بيك Aron (Beck) في الولايات المتحدة الأمريكية، ويتميز هذا العلاج في إزالة الأعراض المرضية مباشرة دون البحث عن الصراعات النفسية، ولكن يهتم هذا العلاج المعرفي السلوكي اهتماماً واضحاً بالمشاعر والتجارب الذاتية للفرد وينظر إلى الأفكار السالبة على أنها هي الأساس والمركز الذي يدور حوله أعراض الاكتئاب، ومن ثم فإن الاضطراب في هذا المرض يكمن في مستوى وأسلوب التفكير ـ ويتجه العلاج إلى تعديل وتطوير وتغيير التشويه والنظم المعرفية (عكاشة، 1998).

كما يعرفه جبل (2000) بأنه " إجراء إعادة تنظيم الادراكات المعرفية وإزالة التشوهات الناتجة عن الإدارة غير السليمة لدى الفرد ، حيث التركيز على الدراسة التجريبية للعمليات المعرفية وعلاقتها بالسلوكيات غير التكيفية".

كما أشار بيك (Beck, 1967) أن العلاج المعرفي السلوكي هو عبارة عن مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك، وهذه المبادئ ومنها العوامل المعرفية (تفكير، تخيل، ذكريات) لها علاقة بالسلوك المختل وظيفياً. وتعديل هذه العوامل يكون آلية هامة لإنتاج تغيرات في السلوك المختل الذي يكون ناتجاً عن نماذج تفكير منحرفة تم الإبقاء عليها.

ويتجه العلاج المعرفي السلوكي إلى تغيير نمط التفكير بتعزيز وتقوية النواحي الإيجابية وإطفاء التحويل السلبي في التفكير من خلال جلسات منظمة ومقننه معرفية تعتمد على المنطق والمناقشة وتتراوح بين 12-16جلسة (أباظة، 2001).

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى مساعدة المتعالج وحمله على إحداث التغييرات التي يرغب بتغييرها فيه في حياته؛ لذا يعتمد العلاج على إتاحة الفرصة له ليتعلم طرق جديدة للتأقلم، كما يعتبر جزءً مكملاً في العلاج، لذا يعمل المعالج مع المتعالج جنباً إلى جنب لكي يتوصلا إلى معرفة الصعوبات وبالتالي إيجاد الحلول (الخفش، 2011).

ويشير عبد الخالق (2006) أنّ العلاج المعرفي السلوكي هو التنظيم والاستراتيجيات التي يحاول المعالج بثها في الفرد، حتى يعيد تشكيل وتوظيف أفكاره التي أدت إلى أخطائه المعرفية وانفعالاته غير الصحية أو سلوكه الشاذ وتساعد فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تحريك وظائف المعرفة لدى الفرد بما يتيح له رؤية أفضل، ويهيئ لمعارفه تصحيح ما أرسته من أسس للتفكير، ويحدث ذلك بإتاحة الفرصة للفرد أن يختبر الحقائق بمساعدة المعالج حتى يستنتج أن أفكاره غير منطقية، ثم يقاد ليكتشف بنفسه مدى زيف هذه الأفكار، ويتم ذلك بأن يستخدم المعالج ما لدى المتعالج من خيال خصب للوصول إلى هذا الهدف.

كما يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمتعالج تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للفرد عن كل ما يراه من أفكار مشوهة،

واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيا، تعدّ هي المسؤولة عن تلك الاضطرابات التي يعانيها الفرد، وبنفس المنطق يتحمل الفرد مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة، وتعديل الاعتقادات اللاعقلانية، واستبدالها بأفكار واعتقادات تتسم بالمنطق والعقلانية (سري، 2000).

وينقسم العلاج المعرفي السلوكي إلى عدة أنواع ذكرها (جبل، 2000) كالآتي:

1. **العلاج المعرفي السلوكي التقليدي:** ويشمل هذا النوع من العلاج إعادة هيكلة عمليات التفكير عن طريق نزع الأفكار والمعتقدات غير المنطقية، وإحلال أفكار ومعتقدات منطقية مكانها، علاوة على توظيف تقنيات الاسترخاء وعملية محو التفكير السلبي التي تعني تحريك التفكير ببطء إلى تفكير منطقي تلقائي.
2. **العلاج المعرفي السلوكي الشامل:** وهو نوع من العلاج اقترحه سيبب DIgiseppe في التسعينات ويقوم على المناقضة المعرفية الشاملة، ويرى أنه يساعد المتعالج على مواجهة أفكاره ومعتقداته غير العقلانية من خلال خطوط منطقية وبناء دلائل عقلانية ضمن أساليب جدلية وتعليمية.

وهناك من يرى أنّ العلاج المعرفي السلوكي هو أسلوب لتعديل سلوك الفرد، عبر التأثير على عمليات التفكير، حيث يؤدي تغيير الأفكار إلى تغير في السلوك، وفي الوقت نفسه ينتج تغير السلوك تغيير الأفكار، وهذا يشير إلى أن العلاج المعرفي عندما ركز على الدور السببي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوكيات المختلفة، لم يهمل دور تغيير السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير (Shedler, 2010).

ويمزج العلاج المعرفي السلوكي بين العلاج المعرفي بأساسياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يحتوي عليه من فنيات ويعمل على التعامل من الاضطرابات المختلفة من منظور

ثلاثي الأبعاد؛ إذ يتعامل معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من التقنيات سواء من الجانب المعرفي أو السلوكي أو الانفعالي (جبل، 2000). وفي ذات السياق ظهر العلاج السلوكي العاطفي العقلاني REBT (Rational Emotive Behavior Therapy) الذي جعل بؤرة اهتمامه أولاً في الأفكار والأفعال وليس في المشاعر كما أنه يرى أن عملية العلاج يجب أن تكون عملية تعليمية يقوم الأخصائي الاجتماعي فيها بدور المعلم الذي يتولى تعليم العميل كيفية مواجهة الأفكار غير المنطقية والتخلص منها.

حيث يرى إليس (Ellis) أن الأسلوب العلاجي الذي يقدمه يعتمد على التفاعل والتداخل بين مكونات ثلاث (السلوك- الإدراك- المشاعر) ويرى أنه أسلوب علاجي شمولي من حيث النظرة إلى تفسير السلوك الإنساني غير المتوافق. ولقد حاول أليس أن يقدم تفسيراً للسلوك الإنساني يعتمد على السببية الدائرية Circular Causality، بمعنى أن النموذج الطبي القائم على السبب والتأثير Cause- Effect لم يعد مناسباً في تفسير السلوك الإنساني بسبب التداخل بين مظاهر السلوك الإنساني والتغير في طبيعته فضلاً عن الاختلاف في طبيعة الشخصية الإنسانية من فرد لآخر. وعلى ذلك لا يمكن تفسير مخرجات السلوك الإنساني اذا لم يتم دراسة هذه المكونات الثلاث مع بعضها البعض : السلوك والإدراك والمشاعر (بكير، 2001).

وبناءً على ذلك أرسى إليس (Ellis) أسس وقواعد نظرية العلاج الانفعالي العقلي ولاقت اهتمام علماء النفس بوجه عام في بداية التسعينات باعتبارها نظرية في الشخصية، وذلك لاهتمامها الواضح في الجمع بين المصادر المعرفية والانفعالية والسلوكية والعقلانية (الريحاني، 1987). وتقوم نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على نموذج تعليمي هو نموذج ABCDEF الذي وضحه الريحاني (1987) على النحو الآتي:

(A) الخبرات المنشطة Activating Events: وهي عادة خبرات مؤلمة وغير سارة مثل خبرة الطلاق أو الفشل أو الموت، وهذه الخبرات تم إدراكها في جو غير عقلاني.

(B) نسق الأفكار اللاعقلانية Irrational Belief System: ويعني نسق الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد والتي تؤدي إلى إثارة الاضطراب المعرفي وتدمير وهزيمة الذات.

(C) النتيجة الانفعالية Consequences: وهي الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد، وهي دائماً تكون مرتبطة بنسق المعتقدات والأفكار لدى الفرد، فإذا كان نسق المعتقدات غير عقلاني كانت النتيجة هي الاضطراب النفسي كما في حالات القلق والاكتئاب.

(D) المجادلة Disputation: ويتضمن مفهوم المجادلة والاحتجاج على المعتقدات غير العقلانية والأفكار الخاطئة، مما يجعل العميل يتحدى نفسه ويتحدى أفكاره، واعتقاداته ويجادلها ويحتج على عدم منطقيتها.

(E) التأثير النهائي الجديد Final new effect: يتضمن التأثير النهائي الذي يحققه الفرد نتيجة لتغير أفكاره واعتقاداته غير العقلانية إلى أفكار صحيحة واعتقادات عقلانية.

(F) المشاعر Feelings: وتتضمن المشاعر الجديدة التي يشعر بها الفرد بعد أن يصل إلى حالة من الارتياح العام والاستقرار النفسي وهي الخطوة الأخيرة التي من خلالها تتغير انفعالات الفرد السلبية إلى انفعالات موجبة وهي الهدف الرئيس للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

**الإرشاد المعرفي السلوكي**

يركز العلاج المعرفي السلوكي في آليته عند التعامل مع المسترشدين على مجموعة من المسلمات المتضمنة تتمثل في المصادر الأساسية للأداء هي الأبنية المعرفية التي تقوم بتشكيل المعاني، والتي تسمى المخطوطات المعرفية، ويقصد بالمعاني تقدير الشخص لسياق معين وعلاقة هذا السياق بالذات. وهناك تأثير متبادل بين المنظومات المعرفية والمنظومات الأخرى،

كما يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمتعالج تجعل المتعالج يثق بالمعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف مع المتعالج والاهتمام به وكذلك على الاحترام الصادق له وحسن الاستماع (محمد، 2000).

ومن جانب آخر يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المتعالج بين الجلسات. ويركز العلاج على الحاضر، وفي بعض الحالات يتم الرجوع إلى الماضي في حالة رغبة المتعالج الشديدة، وخاصةً عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المتعالج (المغازي، 2012).

ولكي يحقق العلاج المعرفي السلوكي أهدافه يستخدم مجموعة من الفنيات السلوكية والمعرفية التي يتم توظيفها بشكل جمعي شمولي بتحقيق أهداف العلاج، وتالياً عرض لهذه التقنيات بحسب ما أشار إليه (أبو عبادة ونيازي، 2001):

**1. الاسترخاء:** احد الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التي تتضمن توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وتتمثل في تدريب المتعالج على الاسترخاء وأكثرها شيوعاً هي طريقة الاسترخاء العضلي التي كان جيكوبسون (1938) قد اقترحها حيث تشتمل هذه الطريقة على إحداث توتر واسترخاء في مجموعات عضلية مختلفة على نحوٍ متعاقب ومساعدة المتعالج على التمييز بين حالة الاسترخاء وحالة التوتر. والاسترخاء في هذا النموذج العلاجي يعامل بوصفه مهارة تحتاج إلى التدريب المكثف والمنظم. وبهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، وفي سياق علاج الاكتئاب يُعد الاسترخاء واستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب من أساسيات تخفيض القلق والاكتئاب، لذا فإن الاسترخاء يمنح المعالج مهارة وخبرة في إزالة التوتر (Lafleur, 1979).

**2. تأكيد الذات:** يعني هذا الأسلوب حرية التعبير الانفعالي وحرية العقل سواء كان ذلك في الاتجاه الايجابي أو الاتجاه السلبي، ويتضمن التوكيد القدرة على معارضة الآخرين للتعبير عن الرأي، وفي التوكيد يكون حكم الفرد الخارجي على الآخرين موضوعياً. ويمكن للمعالج أن يوظف أساليب التوكيد اللفظية، والتعبير الحر عن الرأي وتأكيد الأنا، وإحداث الاستجابات البدنية الملائمة، وأساليب التأكيد السلبي، وتجريد الانفعالات الغضبية من قوتها، والاسطوانة المشروخة، والتساؤل السلبي لعلاج حالات الاكتئاب (أبو عبادة ونيازي، 2001).

**3. إيقاف التفكير:** وهو أسلوب سلوكي معرفي وصفه العالم جوزيف ولبي وهو أسلوب بسيط ومباشر ويستخدم عندما تراوده الإنسان أفكاراً وخواطر لا يستطيع السيطرة عليها، حيث يطلب منه بداية أن يفكر بالأفكار التي تزعجه وبعد فترة قصيرة يطلب المرشد من المسترشد أن يتوقف عن ذلك. والهدف من ذلك هو إيقاف السلوك اللفظي الذاتي ويكرر هذا الإجراء عدة مرات حيث تساعد هذه الإستراتيجية على التخلص من الهلوسات والوساوس المرضية. (الخطيب، 2003).

**4. جدولة النشاطات:** وتستخدم هذه التقنية في بداية العلاج ضمن تحديد خط قاعدي لأنشطة المتعالج وما يصاحبها من انفعالات، ثم يقوم المتعالج في المرحلة الثانية بسرد المهام والمسؤوليات التي يمكن أن تتضمنها الجداول ويتيح ذلك تحديد جداول يعمل المتعالج وفقاً لها مع تحديد الوقت الذي يقوم فيه بأنشطة معينة (أبو عبادة ونيازي، 2001).

**5. التخيل:** وهو أسلوب معرفي يستخدم في حالة عدم جدوى الأسئلة المباشرة للمسترشد، ويتم اختيار هذه الأساليب من أجل إطلاع الأعضاء على كيفية تخيل بعض الأشياء أو الاتجاهات السيئة التي تدور في ذهنهم وتدريب أنفسهم على تكوين اتجاهات (انفعالات) مناسبة وجيدة، ويكون لدى المعالج شك بأن هنالك المزيد من الأفكار التلقائية المهمة التي ما زالت موجودة.

ويتمكن بعض المتعالجين من إجراء عمليه التخيل بتذكير أو توجيه قليل من المعالج ولا يحتاج إلاّ أن يطلب إليه أن يتخيل نفسه في حالة ماضية، مزعجة أو تسبب انفعالا محددا، وأن يصف بالتالي الأفكار التي راودته، وغالباً ما يرى المتعالج لا معقولية أفكاره، وهو يصف المشاعر المصاحبة لهذه المخططات (جمل الليل، 2001).

6. **التحصين ضد التوتر:** وطور ميكنبوم هذه التقنية عام 1985 لمساعدة المتعالجين الذين لديهم مخاوف مرضية تسبب لهم القلق في المواقف الضاغطة. ويعطي هذا الأسلوب المتعالج مجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية، وهو يتكون من مكونات تتمثل في تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر والاكتئاب، والتدريب على مهارات التكيف الجسدية والمعرفية، و التدريب على تطبيق المهارات عند التعرض للمواقف المثيرة للتوتر والاكتئاب.

7. **إعادة البناء المعرفي:** يقصد بها هنا تعرف المسترشد على الجانب المعرفي الخاص به وعليه وما به من أفكار مختلفة وتقويمها والتوصل إلى فهم علاقة التصرفات السلبية ببعض الأفكار لديه وتعلم كيفية استبدال أفكار صحيحة ( عقلانية) بالأفكار التي تسبب السلوك المضطرب والأفكار الخاطئة، وبالتالي فإن العبارات البناءة والإيجابية تسهم في تحسين أداء الفرد وبعد ذلك يمكن للفرد أن يستفيد من النماذج المعروضة في الجلسات الإرشادية. (جمل الليل، 2001).

8. **التعريض:** ويستخدم لخفض القلق، والغضب، والاكتئاب وذلك بتعليم الأفراد كيفية التعامل مع هذه الانفعالات خطوة خطوة، والتوازن بين الراحة والتحمل، وحتى يكون التعريض فاعلاً لا بدّ أن يمدّ المعالج الأفراد بقدر كبير من التدريب الذي يهدف إلى زيادة الثقة وخفض مستوى الانفعالات السلبية لديهم.

**9. لعب الدور:** وهو هو أسلوب تعليمي إرشادي يتضمن قيام الفرد بتمثيل دور معين بطريقة نموذجية تهدف لتعليم الدور أو الفهم الأفضل للمشكلات التي يواجهها الفرد عند القيام به. كما أن لعب الدور يتضمن ببساطة التكيف لدور المعالج أو العميل، أو الاثنين معاً، ويتم استخدام لعب الدور لبيان وجهة النظر البديلة للفرد، ولتوضيح إضافي للعوامل التي تتدخل مع التعبير الانفعالي الملائم. وهنا يتوفر استراتيجية لعب الدور عدة فرص للتعلم وهي أن المرشد يفهم بشكل أفضل تصور المسترشد للمشكلة وعواطفهم حول ذلك الوضع (جمل الليل، 2001).

**10. النمذجة:** وتشمل نمذجة السلوكيات الناتجة عن فنيات سابقة،وعاده ما يتم استخدام نماذج الصوت والفيديو الحي لبيان أو توضيح مهارات محدده بخطوات متسلسلة يليها تسميعات موجهه للفرد وتعزيز من المرشدة ويمكن للفرد عندئذ نمذجة هذا السلوك، والعلاج المعرفي السلوكي يساعد الفرد على تحديد الأفكار المسببة للانفعالات السالبة، وتوظيف الفنيات السلوكية لتعديل السلوك، فربما يكون لدى بعض الأفراد مجموعة من المعتقدات الأساسية الخاطئة والتي تؤثر سلباً على سلوك الفرد ووظائفه، فيتعرض المعالج لهذه الافتراضات اللاعقلانية، ويمد الفرد بنموذج جديد للتفكير ليغير نموذجه السابق، حتى يكون قادراً على تكوين علاقات اجتماعية تساعده في التوافق النفسي، وتقليل الحساسية المفرطة في المواقف الاجتماعية.

**11. الواجبات المنزلية:** تُعد الواجبات المنزلية من الفنيات المهمة في كل العلاجات النفسية، ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، حيث إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية، وتسهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والعميل، وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأوتوماتيكية، وعلاقتها بردود الأفعال الانفعالية، كما تساعد على تقدم العلاج المعرفي السلوكي بشكل سريع، وتعطي فرصة للفرد لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة، ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلة،

واتجاهاته غير العقلانية، ومحاولة تعديلها، كما تعتبر جزءً متمماً لنتائج العلاج (أبو عبادة، ونيازي،2001).

12. **سجل الأفكار:** ويعتمده العلاج المعرفي السلوكي لتحديد الأفكار التلقائية ويمكن أن يُطلب من المتعالجين أن يسجلوا أفكارهم بعدد من الطرائق المختلفة، تسمّى كل واحدة منها طبقاً لعدد الأعمدة وأسهل طريقة هي أسلوب العمود المزدوج وهو إجراء يستخدم غالباً حالما يبدأ المتعالج بتعلم كيف يميز الأفكار التلقائية. ويُطلب إلى المتعالج أن يسجل الأفكار التي تخطر في باله في حالة التوتر أو الانزعاج. ويمكن أن يحدد المتعالج الاستجابات الانفعالية في عمود الأفكار التلقائية في العمود الآخر.

**دور العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب**

يُعد العلاج المعرفي السلوكي من أنواع العلاج الفعالة لخفض حدة الاكتئاب بكل أنواعه، وفي بعض الحالات الشديدة من الاكتئاب يمكن استخدام العلاج الدوائي كمكمل (علوي وبني عيسى، 2009). ويبرز دور العلاج المعرفي السلوكي المهم في تخفيض حدة الاكتئاب من خلال العلاقة التعاونية التبادلية التي يبنيها المعالج مع المتعالجين، حيث يتم تحديد النموذج المعرفي، وتوظيف تقنيات معرفية سلوكية كالاسترخاء، والتحصين ضد التوتر، والجداول، وإعادة البناء المعرفي، والتغذية الراجعة، التثقيف النفسي لبناء الجلسات ويتم التركيز على شكلين أو أكثر من الاختلال الوظيفي: التفكير المشوه معرفيا، والعجز عن التعلم، وضعف الأداء الوظيفي للذاكرة. كما يتم تخصيص جهد خاص للمكتئب في إنقاص درجة اليأس أيضا فهي خطوة هامة في إعادة تنشيط المكتئب، وبأساليب التعلم مثل كتابة الواجبات المنزلية وتكون التدخلات العلاجية من قبل المعالج حسب الطاقة المعرفية للمتعالج (عبد الخالق، 2006).

كما يتمّ التدرج في العلاج المعرفي السلوكي إلى تمكين المتعالج من تحديد الأفكار غير المنطقية والمشوهة، وتحديد المخططات المعرفية لعكس الثالوث المعرفي السلبي (الذات، العالم، المستقبل) ويتمّ تعليم المريض بشكل نموذجي كيف يحدد التشوهات المعرفية مثل (التجريد الانتقائي، المبالغة، القفز إلى النتائج..) ويستخدم تقنيات متعددة ويستمر العمل في استنباط واختبار الأفكار التلقائية والمعتقدات إلى أن يشاهد المعالج تحقيق مكاسب في الأداء الوظيفي للمريض، وأن المريض قد أدرك المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي (إبراهيم، 2002).

**مشكلة الدراسة وأسئلتها:**

تنبع المشكلة في أساسها من ملاحظة الباحثة لسيدات المجتمع اللواتي تعيش بينهن وتشاهدهن وتلتقي بهن سواء بالمناسبات الاجتماعية أو في العيادات النسائية الخاصة بالحمل والإنجاب، وقد نبعت المشكلة بالأساس من داخل الأسرة التي تعيشها الباحثة حيث تابعت المشكلة بجميع أبعادها النفسية ولاحظت أسبابها وأعراضها ونتائجها وكانت الحاجة الشديدة لوجود برامج تعمل على تلبية حاجات هذه الفئة من السيدات ومتطلباتهن ومن قناعة الباحثة في إبراز أهمية الارشاد النفسي وخاصة في العلاج المعرفي السلوكي بسبب الخطة العلاجية التي يتبعها هذا البرنامج إضافة إلى ندرة الدراسات العربية التي تناولت هذه الفئة من السيدات، كما أن مشكلة الدراسة هي مشكلة عالمية ومحلية يشهدها المجتمع العالمي والمحلي بحيث أصبحت ظاهرة منتشرة لهذا يجب النظر إليها بعين الاعتبار، وذلك لما للحرمان من الإنجاب من أثر على السيدة سواء كان من الناحية النفسية، أو من ناحية تحمل المسؤولية في عدم الإنجاب، أو من التكاليف المادية الباهضة التي تدفعها السيدة في سبيل الحصول على الولد.

كما أنّ الأدب النظري أشار إلى توفر دراسات أجنبية لا بأس بها عن البرامج المعرفية السلوكية وندرة الدراسات العربية في المجتمع المحلي وخاصة في المجتمع الأردني لهذا ارتأت

الباحثة إلى أن تستفيد من هذه البرامج في خدمة هذه الفئة من السيدات. وحيث أنّ الحرمان من الإنجاب أو ما أصطلح على تسميته العقم مشكلة طبية، تتسبب بشكل كبير في وجود اضطرابات نفسية، واجتماعية، واقتصادية، حيث تشعر السيدة المحرومة من الإنجاب بأنها تختلف عن السيدات الأخريات وأنها غير قادرة على الوصول إلى الأمومة وهي غريزة إنسانية فطر الله الناس عليها وهو ما يؤدي إلى ظهور الحزن، والضيق بسبب عدم القدرة على الإنجاب Ryff, ) & Cteal, 2006). وفي ذات السياق أشارت عدة دراسات مثل دراسة إبراهيم (2004)، ودراسة جابر(2005)، ودراسة القشعان، والبشر(2009) أن مشكلة الحرمان من الإنجاب هي أحد العوامل المرتبطة بسعادة المرأة وراحتها وسعادة أسرتها، فبعد مرور أشهر قليلة على الزواج وعدم حدوث الحمل، تنتاب المرأة أحاسيس قلقة ومضطربة حول طبيعة الحالة، ثم يتم اللجوء للأطباء ومراكز الإخصاب، وقد تستمر فترة العلاج شهوراً طويلة، مما يترك المرأة في حالة من المشاعر السلبية والضغوطات والتوترات التي تزيد من اكتئابها.

وبما أن المجتمع الأردني من المجتمعات العربية التي تشجع الإنجاب، وتنظر للمرأة المحرومة من الإنجاب نظرة سلبية، تزيد الضغوط على السيدات المحرومات من الإنجاب، وقد تعيش المرأة في توجس وخيفة من المستقبل المجهول ألا وهو عدم القدرة على الإنجاب، فضلاً عن عدم توفر برامج إرشادية نفسية تساعد المرأة في خفض حدة المشاعر السلبية والقلق وبخاصة أنّ ذلك سيتسبب لها بحالة شديدة من الاكتئاب. وعليه تمثلت مشكلة الدراسة الحالية في التعرف إلى اثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة المشاعر الاكتئابية لدى عينة من السيدات الأردنيات المحرومات من الإنجاب واللواتي يراجعن مركز الإخصاب في مستشفى إربد التخصصي. وتحديداً تسعى الدراسة للإجابة عن الأسئلة التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس بيك للاكتئاب من السيدات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة من السيدات اللواتي لم يتعرضن للبرنامج الإرشادي على مقياس بيك للاكتئاب في القياس البعدي؟.
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في العلامات الخام لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس بيك للاكتئاب من السيدات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات العمر، والمستوى التعليمي، ودرجة القرابة مع الزوج، ومدة الزواج؟.
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات السيدات في المجموعة التجريبية اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي في القياس البعدي، ومتوسط درجاتهن على نفس المقياس في القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي؟.

**هدف الدراسة**

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد.

**أهمية الدراسة:**

إنّ موضوع الحرمان من الإنجاب (العقم) من المواضيع الهامة التي بدأت كظاهرة واضحة في مجتمعنا الأردني والتي تنعكس آثاره على استمرارية العنصر البشري.

وأنّ هذه الدراسة هي الأولى في الأردن – في حدود علم الباحثة– والتي اتخذت فيها – مدينة اربد – مكاناً لها، وقد قدمت هذه الدراسة شرحاً نظرياً عن الحرمان من الإنجاب وأنواعه وأسبابه وتناولت أهم الدراسات في الوطن العربي والدراسات الأجنبية.

تكمن أهمية هذه الدراسة في تناولها لموضوع هام لفئة هي الأساس في استمرار العنصر البشري، وقد ركزت هذه الدراسة على أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض المشاعر الاكتئابية لدى السيدات المحرومات من الإنجاب.

أ- أنّ هذه الدراسة قدمت شرحاً نظرياً عن البرنامج المعرفي السلوكي وإطاراً نظرياً لاهم الدراسات التي تناولت هذا الموضوع.

ب- يمكن أن تثير نتائج هذه الدراسة جوانباً بحثية لم تُدرس سابقاً في إرشاد السيدات اللواتي يتعرضن لمشكلات صحية دائمة مثل الحرمان من الإنجاب، أو الإجهاض المستمر.

ج- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة لنشر أهمية العلاج الإرشادي المعرفي السلوكي، وحث أصحاب الاختصاص بالقيام بدورهم.

د- تطبيق برنامج يدرب السيدات المحرومات من الإنجاب واللواتي يعانين من الاكتئاب على بعض المهارات والأساليب الإرشادية المهمة لخفض المشاعر الاكتئابية لديهن، ودفعهن لتقبل الواقع والتعامل معه بايجابية.

ه- قد يكون للدراسة أثر فاعل في توضيح كفاءة بعض استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في البرامج التجريبية القابلة للتطبيق في المجتمع الأردني.

و- وقد تلفت هذه الدراسة انتباه المرشدين النفسيين خاصة إلى ضرورة الاهتمام بهذه الفئة من النساء وضرورة العمل على بناء برامج تستفيد منها هذه السيدات بل وتمتد أهميـة هذه الدراسة أيضاً إلى مدّ يد العون لتلك الفئة من السيدات لمساعدة أنفسهن في التعرف على أسباب ومخاطر ونتائج الاكتئاب.

**مصطلحات الدراسة**

**البرنامج المعرفي السلوكي:** هو عبارة عن سلسلة من الجلسات الإرشادية التي اعتمدت في إطارها النظري على كل من النظرية السلوكية، والنظرية المعرفية، ويقوم على مبدأ أن سلوك الأفراد ليس مجرد ردود أفعال على مثيرات بيئية، وإنما بناء على عوامل معرفية لدى الأفراد تكون مسئولة عن سلوكياتهم، أي أن العوامل المعرفية تأخذ مكانها بين المثير والاستجابة.

**الاكتئاب:** هو مجموعة من الأعراض التي تؤثر في حياة الفرد الشخصية وأدائه واستقراره وشعوره بالضيق واليأس والحزن ويصاحب ذلك أما نشاطًا زائدًا أو كسلاً وخمولاً . وتؤدي التوقعات السلبية إلى الانفعالات المميزة للاكتئاب: الحزن، والإحباط، والتبلد. وربما غلبه ميل قاهر إلى الهرب من هذه الحالة عن طريق الانتحار" (Beck, 1979).

**وتعرفة الباحثة إجرائياً:** درجة الاكتئاب التي تحصل عليها المفحوصة المحرومة من الإنجـاب على مقياس بيك المستخدم في هذه الدراسة.

**الحرمان من الإنجاب:** هو "عدم القدرة على الإنجاب، وهي صفة تطلق على الزوج أو الزوجـة بعد مرور عام كامل على الأقل من الاتصال الجنسي الصحيح بدون استعمال أي عائق أو مانع يعوق الإنجاب، وقد يكون الحرمان من الإنجاب (العقم) أولياً أذا لم يكن هناك أيّ إنجاب منذ سن

البلوغ، وقد يكون ثانوياً بمعنى أنّه حصل إنجاب في السابق ثم توقف الإنجاب بعد ذلك" (عبد العال، 2000).

**حدود الدراسة**

تحدد تعميم نتائج الدراسة في ضوء ما يأتي:

- **الحدود البشرية:** اقتصرت الدراسة الحالية على النساء المحرومات من الإنجاب واللواتي يراجعن مركز الإخصاب في مستشفى اربد التخصصي.
- **الحدود المكانية والزمانية:** مستشفى إربد التخصصي، وتم تطبيق الدراسة في 2013/2012.

**محددات الدراسة**

يتحدد تصميم نتائج الدراسة الحالية على المجتمعات الأخرى المشابهة في ضوء الخصائص السكوميترية للأدوات.

- أدوات الدراسة، البرنامج الإرشادي، ومقياس الاكتئاب وهي من الأدوات المقننة؛ لذلك فإن تعميم نتائج الدراسة يتحدد بمدى الدقة في استخلاص دلالات الصدق والثبات لها.

# الفصل الثاني

## الدراسات السابقة

تعرض الباحثة لبعض البحوث والدراسات التي أجريت في – حدود علمها– في مجال الحرمان من الإنجاب، وأثر البرامج الإرشادية المعرفية- السلوكية في خفض المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب، وذلك كي يتسنى لها التعرف إلى المدى الذي أسهمت فيه تلك البحوث والدراسات في إثراء المعرفة النظرية والتطبيقية في هذا الموضوع ولتحديد موقع الدراسة الحالية من هذه الدراسات. وتاليا عرض لأهم الدراسات السابقة ضمن محورين، الأول يتضمن الدراسات المتعلقة بالاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب، والثاني يتضمن الدراسات المتعلقة بدور العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض حدة الاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب. وتاليا عرض لهذه الدراسات بحسب تسلسلها التاريخي من الأقدم الى الأحدث :

**المحور الأول: الدراسات المتعلقة بالاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب**

أجرت شحاتة (1989) دراسة في جمهورية مصر العربية هدفت إلى تعرف أثر الحرمان من الإنجاب على مفهوم الذات والاكتئاب لدى المرأة العاقر. تكونت عينة الدراسة من ثماني (8) سيدات عقيمات يراجعن مركز الإخصاب والأسرة في مدينة المنصورة، حيث خضعن لمقابلات إكلينيكية معمقة، واستجبن لاختبار تفهم الموضوع، واختبار رسم المنزل والشجرة والشخص. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن ذات العقيم تتسم بالعجز والقصور والاعتمادية السلبية، وتعاني من صراع الأدوار ومشاعر الاكتئاب بدرجة كبيرة، والإحساس بالتشويه. وبينت الدراسة شيوع مشاعر الإحباط والفقدان وفقدان القيمة لدى المحرومات من

الإنجاب. كما بينت الدراسة عدم توفر برامج إرشادية فعالة يمكن لها أن تحسن من مفهوم الذات وأن تخفض من مشاعر الاكتئاب لدى هذه الفئة من السيدات.

وهدفت دراسة لي وسان (Lee & Sun, 2000) إلى التعرف على المشكلات النفسية لدى الزوجات المصابات بالعقم في هونج كونج. تكونت عينة الدراسة من (51) زوجة وأزواجهن استجابوا لمقياس العقم، واستبانة الرضا الزواجي، ومقياس المشكلات النفسية. وقد أظهرت النتائج أن الزوجات يعانين من حالات قلق وإحباط مستمر، حيث يتدنى تقديرهن لذاتهن وبالتالي يصيبهن الاكتئاب واليأس من العلاج. وبينت الدراسة ضعف البرامج الإرشادية العلاجية المقدمة للزوجات والأزواج على حد سواء مما يزيد من مشاعر اليأس والاكتئاب لديهن.

كذلك قام كريستين (Kristen, 2000) بإجراء دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى الكشف عن تأثير الحرمان من الإنجاب بسبب استئصال الرحم على الاكتئاب ونوعية الحياة لدى عينة من النساء في ولاية ميريلاند الأمريكية. تكونت عينة الدراسة من (1299) سيدة ممن خضعن لاستئصال الرحم لأسباب طبية ونفسية ومن اللواتي لا يوجد لديهن أطفال قبل عملية الاستئصال. وتم الحصول على البيانات من خلال دراسة طولية استمرت لمدة عامين طُبق فيها مقياس الصحة النفسية العامة ومقياس نوعية الحياة. وقد أظهرت النتائج ازدياد مستويات القلق والاكتئاب لدى المحرومات من الانجذاب بعد استئصال الرحم، وتدني نوعية الحياة بخاصة في ظل ضعف البرامج الإرشادية المستخدمة بعد عملية الاستئصال.

كما قام سالفاتور (Salvatore, 2001) بدراسة في ايطاليا هدفت إلى الكشف عن المتغيرات الشخصية والضغط النفسي والاكتئاب لدى عينة من النساء المحرومات من الإنجاب ممن يحاولن علاج أنفسهن عن طريق أطفال الأنابيب. تكونت عينة الدراسة من (500) سيدة نصفهن من المحرومات من الإنجاب ونصفهن الآخر من السويات. وقد تمّ استخدام المقابلة

ومقياس المشاعر الاكتئابية للوصول لنتائج الدراسة. وقد أظهرت النتائج إن المشاعر الاكتئابية عند المحرومات من الإنجاب أعلى منها عند السويات بسبب الحاجة للإنجاب والضغط الأسري. وبينت الدراسة عدم وجود برامج إرشادية للمحرومات من الإنجاب سواء على الصعيد النفسي أو الطبي.

في حين أجرى إبراهيم دراسة (2004) هدفت إلى تعرف العلاقة بين بعض المتغيرات النفسية مثل (الاكتئاب، والقلق، ونقد الذات، والعدائية، ونقد الآخرين، والشعور بالذنب) لدى عينة من النساء المحرومات من الإنجاب في جمهورية مصر العربية وفي المملكة العربية السعودية. تكونت عينة الدراسة من (128) سيدة (55 من مصر، 73 من السعودية) استجبن لمقاييس القلق، والاكتئاب، والعدائية. وبينت النتائج وجود فروق جوهرية على متغيرات الاكتئاب والقلق والعدائية الصريحة لصالح العينة السعودية، وعلى متغير العدائية البارانوية اتجاه العينة المصرية، وبينت الدراسة أن السيدات بشكل عام أظهرن عدم معرفة البرامج الإرشادية النفسية المتعلقة بإرشاد المحرومات من الإنجاب بسبب عدم تلقيهن لهكذا برامج في فترة العلاج.

وقامت رامزنزاده وأجاشا وعابدين وزايري وكانفشار وشاريات وجعفر أبادي (Ramezanzadeh, Aghssa, Abedinia, Zayeri, Khanafshar, Shariat & Jafarabadi, 2004) بدراسة في إيران هدفت الى الكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب ومدة الحرمان من الإنجاب. تكونت عينة الدراسة من (370) سيدة من المحرومات من الإنجاب لأسباب صحية مختلفة ويراجعن مركز الإخصاب في طهران. وقد تم تطبيق مقياس بيك الاكتئاب ومقياس كاتل للقلق. وبعد جمع البيانات وتحليلها أظهرت الدراسة ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب عند عينة الدراسة بشكل عام، وأظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مدة الحرمان من الإنجاب وبين شدة الاكتئاب خاصة عند النساء الأكبر عمرًا والأقل تعليمًا،

وعدم وجود علاقة بين الحرمان من الإنجاب والاكتئاب من جهة وبين مكان السكن والدخل الشهري من جهة أخرى.

وقام جابر (2005) بإجراء دراسة في الجمهورية العراقية هدفت إلى تعرف شدة الضغوط النفسية لدى النساء اللواتي يعانين من حالة قلة الخصوبة، والتعرف على العلاقة بين العمر وطول مدة الزواج والضغوط النفسية. تكونت عينة الدراسة من (63) سيدة يراجعن مستشفى الدكتور كمال السامرائي والعيادات الخاصة في مدينة بغداد. ولتحقيق هدف الدراسة طُبق مقياس الضغوط النفسية الذي تكون من (23) فقرة، ثم أجري التحليل الإحصائي الوصفي الذي بين أن المحرومات من الإنجاب يعانين من الاكتئاب والضغوط النفسية بدرجة مرتفعة وبخاصة تلك المرتبطة بنظرة المجتمع والعلاقة مع الزوج وأسرته، وبينت النتائج وجود علاقة دالة بين متغيرات الدراسة (طول مدة الزواج، وعمر الزوجة، وعمر الزوج) والضغوط النفسية والاكتئابية الناجمة عن قلة الخصوبة، وأوصت الدراسة بضرورة أن تتضمن برامج العلاج الطبي برامج إرشادية نفسية تساعد المرأة على التكيف مع هذه المشكلة وتخفيض المشاعر الاكتئابية لديهن.

وأما اشكاني وأكبري وحيدري (Ashkani, Akhbari & Heydari, 2006) قاما بدراسة في إيران هدفت إلى مقارنة الاكتئاب لدى الأزواج المحرومين من الإنجاب والأزواج العاديين. تكونت عينة الدراسة من (91) زوجاً من المحرومين من الإنجاب و(91) زوجاً من العاديين. استجابوا جميعهم لمقياس بيك للاكتئاب، ومن ثم تم استخدام التحليل الإحصائي الوصفي لمقارنة مشاعر الاكتئاب بين المجموعتين، حيث تبين ارتفاع نسبة مشاعر الاكتئاب لدى عينة المحرومين من الإنجاب مقارنة بالعاديين، كما بينت الدراسة أنّ أكثر مشاعر الاكتئاب

شدة كانت عند الأزواج الذين يعانون من عدم الإنجاب لمدة من سنة – 3 سنوات حيث تتسم مشاعر الاكتئاب لديهم بالمعاناة النفسية والتوتر الدائم والخوف من النظرة المجتمعية السلبية.

وتناولت دراسة القشعان والبشر (2009) الفروق في درجة الاكتئاب بين المصابين بالعقم وغير المصابين به لدى عينة من الأزواج الكويتيين (ن=344) تتكون من (194 ذكراً، 150 أنثى) ؛ قسموا إلى مجموعتين؛ المجموعة الأولى هي مجموعة الأزواج الذين يعانون العقم ممن يرتادون العيادات الطبية الخاصة بالعقم (237)، والمجموعة الثانية هي مجموعة الأزواج الذين لا يعانون العقم (107) ويرتادون عيادات الحمل والولادة، طبقت الاستبانة الخاصة بأعراض الاكتئاب مع مراعاة استكمال البيانات الشخصية للفرد من حيث الجنس، والعمر، ومدة الزواج، والحالة الوظيفية، ومدة العلاج، وما هو سبب العقم ــ وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة الأزواج الذين يعانون العقم في درجة الاكتئاب مقارنة بعينة الأزواج الذين لا يعانونه، وذلك في اتجاه عينة الذين يعانون العقم، كما تبين عدم وجود فروق في درجة الاكتئاب بين عينة الذكور المصابين بالعقم والذكور غير المصابين، في حين وجدت مثل تلك الفروق لدى الزوجات العقيمات وغير العقيمات في اتجاه العقيمات هذا، ووجدت فروق دالة بين الذكور والإناث المصابين بالعقم في اتجاه الإناث، وبينت الدراسة أن التقدم في العمر، وطول فترة العلاج – متغيرات تسهم في التنبؤ بظهور أعراض الاكتئاب لدى عينة الزوجات في الأسر العقيمة.

وقام بايفنديل وحسيني ودنشبور ومحمدبور وغلام (Peyvandi, Hosseini, Daneshpour, Mohammadpour & Qolam, 2010) بإجراء دراسة هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الاكتئاب، والقلق، وعدم الرضا الزواجي لدى عينة من السيدات الإيرانيات المحرومات من الإنجاب. تكونت عينة الدراسة من (200) سيدة محرومة من الإنجاب يراجعن

مركز الإخصاب في مدينة سراي، حيث تم تطبيق مقياس كاتل للقلق، ومقياس بيك الاكتئاب، ومقياس أينريش للرضا الزواجي. وقد أظهرت النتائج أن (124) سيدة يعانين من الاكتئاب بدرجات متفاوتة: (55) يعانين من اكتئاب شديد، و(55) من اكتئاب متوسط، و(18) من اكتئاب شديد جداً. وبينت النتائج أن (26) سيدة يعانين من القلق الشديد، فيما بلغت نسبة عدم الرضا الزواجي (27%) لدى جميع السيدات، حيث توجد علاقة ارتباط دالة بين هذه المتغيرات الثلاثة لدى جميع السيدات.

وهدفت دراسة الحميدان (Al-Homaidan, 2011) في المملكة العربية السعودية إلى التعرف على مستويات الاكتئاب، وشدته، والعوامل المساهمة فيه لدى السيدات السعوديات المحرومات من الإنجاب. تكونت عينة الدراسة من (91) سيدة يراجعن قسم الإخصاب في مركز الإخصاب التابع لمدينة الملك عبد الله الطبية في مدينة الرياض مقارنة بعينة من (94) امرأة سيدة عادية ولكن يعانين من مشكلات طبية في الحمل. طُبقت قائمة بيك الثانية للاكتئاب على السيدات المحرومات من الإنجاب خلال زيارتهن للمركز، وعلى السيدات العاديات في أماكن العمل وفي المدارس. وبعد جمع البيانات وتحليلها أظهرت النتائج أن (49) سيدة من المحرومات من الإنجاب يعانين من الاكتئاب مقارنة ب (35) سيدة عادية، وبينت الدراسة أن شدة الاكتئاب تتضح أكثر لدى السيدات المحرومات من الإنجاب مقابل السيدات العاديات بسبب ضعف التقنيات العلاجية والنفسية المستخدمة في علاجهن. وبينت الدراسة أن أكثر العوامل المؤدية للاكتئاب لدى السيدات المحرومات في الإنجاب تتمثل في الضغط الأسري، ونظرة المجتمع، والخوف من هجران الزوج لهن.

وقامت يازداكشتي (Yazdkhasti, 2011) بإجراء دراسة في إيران هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المهارات الاجتماعية للسيدة المحرومة من الإنجاب وتصوراتهن لتقبل أو رفض

أمهاتهن لهن ودور ذلك بتعرض السيدة للاكتئاب. تكونت عينة الدراسة من (60) سيدة محرومة من الإنجاب تراوحت أعمارهن بين 25-35 سنة استجبن لمقياس المهارات الاجتماعية واستبانة الرفض- التقبل الوالدي ومقياس بيك للاكتئاب. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين السيدات المكتئبات وغير المكتئبات في تصوراتهن للتقبل والرفض الوالدي من أمهاتهن لصالح غير المكتئبات. وبينت الدراسة أن السيدات المحرومات من الإنجاب لا يمتلكن المهارات الاجتماعية ويعانين من مشاعر الرفض والإحباط وبالتالي الشعور بالاكتئاب.

وأجرى اوجاوا و تاكاماتسو وهيركوشي Oqawa, Takamatsu, & Horiguchi,2011) دراسة في اليابان هدفت إلى تقييم العوامل المرتبطة بالاكتئاب والقلق لدى عينة من المحرومات من الإنجاب اللواتي يتلقين علاجاً طبياً. تكونت عينة الدراسة من (83) سيدة يابانية يراجعن مركز الخصوبة في طوكيو في الفترة من شباط إلى نيسان من العام 2008. وقد تم تطبيق مقياس الاكتئاب الياباني (HADS) في ضوء متغيرات العمر، الحمل والإجهاض، عدم الحمل نهائياً. وقد أظهرت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المريضات في ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى المريضات في ضوء متغيرات الدراسة، حيث أن الحرمان من الإنجاب يرتبط بقلق الحالة والخوف من المستقبل، والعوامل النفسية والاجتماعية السلبية التي تحيط بالمرأة.

وسعت دراسة جورنتي ولايكيردو و فازلاماتيزس (Gourounti, Lykeridou & Vaslamatizs, 2012) إلى الكشف عن مشاعر القلق والاكتئاب لدى عينة من السيدات المحرومات من الحمل والإنجاب في اليونان كنتيجة لشعورهن بالتوتر و ضعف مهارات الأمومة. تكونت عينة الدراسة من (404) سيدات يراجعن مركز الأمومة والطفولة في أثينا

لتلقي علاج للعقم، حيث استجبن لمقياس قلق الحالة ومقياس الاكتئاب CES-D ومقياس المشكلات الزوجية. ثم تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين المتعدد للوصول لنتائج الدراسة التي بينت وجود علاقة ارتباط دالة بين العقم وعدم الحمل وبين الإصابة بمشاعر الاكتئاب والخوف من المستقبل والتوتر والقلق الدائمين. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب حيث يزداد المستوى بازدياد فترة عدم الخصوبة وعدم القدرة على الحمل. ويترسخ القلق والاكتئاب لدى السيدة عندما تدرك عدم قدرتها على الحمل والإنجاب نهائياً.

وأجرت ناب ووبراون وهيدريش (Naab, Brown & Heidrich, 2013) دراسة في غانا هدفت إلى وصف مشكلات الصحة النفسية لدى المحرومات من الإنجاب والعلاقة بين معتقداتهن وحالتهن النفسية. تكونت عينة الدراسة من (203) سيدة غانية محرومة من الإنجاب استجبن لمقياس معتقدات الخصوبة ومقياس بيك الاكتئاب. وقد أظهرت النتائج ان السيدات المحرومات من الإنجاب يعانين من مستوى مرتفع من الاكتئاب ويترافق ذلك مع حالة من القلق المتعلق بالمستقبل. وبينت الدراسة وجود علاقة سلبية بين الاكتئاب والتوتر المرافق للعقم وبين العلاقة الأسرية والزوجية في ظل انعدام البرامج الإرشادية والتثقيفية.

**المحور الثاني: الدراسات المتعلقة بدور العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض حدة الاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب**

هدفت دراسة نيلفوروشان وأحمدي وعبيدي وأحمدي (Nilforooshan, Ahmadi, Abedi & Ahmadi, 2006) إلى الكشف عن أثر برنامج معرفي- سلوكي في خفض مشاعر الاكتئاب لدى عينة من المحرومات من الحمل. تكونت عينة الدراسة من (30) زوجاً إيرانياً من المحرومين من الحمل والإنجاب، قسموا إلى مجموعتين ضابطة بواقع (15) زوجاً، وتجريبية

بواقع(15) زوجاً. حيث خضعت المجموعتان لقائمة بيك للاكتئاب، ثم تعرضت المجموعة التجريبية لبرنامج إرشادي معرفي سلوكي على مدار ست جلسات، ثم أعيد تطبيق قائمة بيك للاكتئاب على المجموعتين. وقد أظهرت نتائج الدراسة انخفاض المشاعر الاكتئابية لدى المجموعة التجريبية بشكل واضح، وفهمها لفكرة العقم وعدم الإنجاب وعدم القدرة على الحمل ومواجهة الأمر، مما يبين فعالية البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية في خفض حدة الاكتئاب لدى هذه الفئة.

وأجرى نوربالا وزملائه (Noorbala,et al , 2007) دراسة في إيران هدفت إلى تعرف أثر العلاج الإرشادي النفسي في تخفيض حدة الاكتئاب لدى الأزواج المحرومين من الإنجاب. تكونت عينة الدراسة من (430) زوجاً من المحرومين من الإنجاب، خضعوا لقائمة بيك للاكتئاب لتحديد مستوى الاكتئاب لديهم، وتم اختيار عينة من (140) زوجاً حققوا (17) درجة على مقياس بيك باعتبارهم يعانون من اكتئاب شديد جداً. ثم تم إخضاع المجموعة جميعها لبرنامج إرشادي نفسي لمدة أربعة شهور ضمن الاستراتيجيات الإرشادية السلوكية والمعرفية، ثم خضعوا لمقياس الاكتئاب مرة أخرى حيث تبين على أثره انخفاض مستوى الاكتئاب لدى الأزواج بنسبة 40%، رغم أن مستوى الاكتئاب لدى الإناث بقي مرتفعاً بشكل أكبر منه عند الذكور.

وهدفت دراسة كيريكاها و ايسمازلده و هيجامادي و رحناما (Kheirkhah,F, Esmaelzadeh, Hijhmadi & Rahnama, 2008) في إيران هدفت إلى الكشف عن مقارنة أثر العلاج الطبي وأثر الإرشاد المعرفي- السلوكي في تحسين الصحة العقلية وتخفيض الاكتئاب لدى عينة من المحرومات من الإنجاب. تكونت عينة الدراسة من (89) سيدة محرومة من الإنجاب شخصن بأنهن يعانين من مشاعر اكتئابية مرتفعة، وقسمت السيدات إلى ثلاث

مجموعات، ضابطة، ومجموعة تعرضت لعلاج طبي، ومجموعة ثالثة تلقت برنامجاً معرفياً سلوكياً على مدار (14) جلسات لتحسين الصحة العقلية وتخفيض مشاعر الاكتئاب لديهن. وبعد انتهاء التجربة تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الصحة العامة على جميع المجموعات. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في انخفاض مستوى القلق والاكتئاب وتحسن الصحة العقلية لدى المجموعة التي تلقت البرنامج بشكل أفضل من باقي مجموعات الدراسة.

وهدفت دراسة موسى النجاد وكولي (Mosalanejad & Koolee, 2012) إلى تعرف أثر العلاج بالمعنى في تخفيض شدة القلق والاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب في إيران. تكونت عينة الدراسة من (65) سيدة تم تقسيمهن إلى مجموعتين، ضابطة بواقع (32) سيدة وتجريبية بواقع (33) سيدة خضعن لاثنتي عشرة جلسة علاجية مدة كل منها ساعتان ولمرتين أسبوعيا باستخدام العلاج بالمعنى والعلاج الروحي والديني. ومن ثم تم تطبيق مقياس ولاية باين للقلق والاكتئاب على مجموعتي الدراسة ومقياس التوتر المدرك. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في انخفاض مستوى القلق والاكتئاب لدى سيدات المجموعة التجريبية مقارنة بسيدات المجموعة الضابطة مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض حدة القلق والاكتئاب لدى هذه الشريحة من السيدات.

وقام كوسالايا وريدي وريدي وجاياشري (Kousalya, Reddy, Reddy & Jayashree, 2013) بدراسة في الهند هدفت إلى الكشف عن أثر البرامج الإرشادية في تخفيف حدة الاكتئاب والقلق والتوتر لدى النساء المحرومات من الإنجاب. تكونت عينة الدراسة من (230) سيدة هندية متزوجة تم اختيارهن قصدياً بسبب مراجعتهن المتواصلة لمركز الإخصاب في بومبي. خضعت السيدات لمجموعة اختبارات لمستوى القلق والاكتئاب والتوتر

وتم اختيار (88) سيدة للخضوع للبرنامج الإرشادي كمجموعة تجريبية بسبب شـدة الاكتئـاب والتوتر والقلق لديهن، بينما تم اعتبار المتبقيات كمجموعة ضابطة. واستمر البرنامج لمدة ثلاثة أشهر بواقع جلستين أسبوعيتين، ثم أعيد تطبيق الاختبار مرة أخرى على المجموعتين، حيـث أظهرت النتائج وجود أثر دال للبرنامج الإرشادي في خفض حدة القلق والاكتئاب والتوتر لـدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وبينت الدراسة أن ترافق العلاج النفسي مع العلاج الطبي يمكن أن يفيد المحرومات من الإنجاب في مواجهة الضغوط الخارجية التـي يسببها لهن المحيط، وبالتالي خفض حدة المشاعر الاكتئابية لديهن ومواجهة الواقع كما هو.

وقام فارمارازي وباشا واسماعيل زاده وخيرهاه و حيـدري وأفـشار (Faramarzi, Pasha, Esmailzadeh, Kheirkhah, Heidary & Afshar, 2013) بدراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالادوية الطبية في خفـض حـدة التـوتر والاكتئاب لدى عينة من السيدات المحرومات من الإنجاب. تكونت عينة الدراسة من (89) سيدة من المكتئبات (10-47 حسب مقياس بيك) تم تقسيمهن إلى مجموعة تلقت العـلاج المعرفـي السلوكي لمدة عشرة جلسات (29 سيدة)، ومجموعة ضابطة (30 سيدة)، ومجموعة تلقت علاجاً بالأدوية (30) سيدة. وتم تطبيق مقياس بيك الاكتئاب واستبانة درجة الخـصوبة علـى جميـع المجموعات. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض حـدة الاكتئـاب والتوتر لدى سيدات المجموعات التجريبية مقابل الضابطة، بينما كان التوتر والقلق أقـل لـدى سيدات مجموعة العلاج المعرفي السلوكي منه لدى سيدات العلاج بالأدوية.

## التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال العرض السابق للدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة يُلاحظ أن معظم الدراسات تناولت الآثار النفسية المختلفة للحرمان من الإنجاب لدى السيدات، فعلى سبيل المثال هدفت دراسة شحاتة (1990) ودراسة جابر(2005) إلى تعرف الضغوط النفسية التي تصاب بها المحرومات من الإنجاب، بينما تناولت دراسة القشعان والبشر (2009) الفروق في درجة الاكتئاب بين المصابين بالعقم وغير المصابين به لدى عينة من الأزواج الكويتيين، ودراسة الحميدان (Al-Homaidan, 2011) في المملكة العربية السعودية، في حين درس اوجاوا وتاكاماتسو و هيركوشي (Oqawa, Takamatsu, & Horiguchi,2011) دراسة في اليابان هدفت إلى تقييم العوامل المرتبطة بالاكتئاب والقلق لدى عينة من المحرومات من الإنجاب اللواتي يتلقين علاجاً طبياً. وكذلك دراسات كريستين (Kristen, 2000) ولي وسان Lee & San, 2000). وتتميز الدراسة الحالية عن باقي الدراسات في تناولها للمشاعر الاكتئابية لدى عينة من المحرومات من الإنجاب في الأردن، إلا أن الدراسة الحالية تتميز عن هذه الدراسات في قيامها بتنفيذ دراسة استطلاعية للكشف عن مستوى المشاعر الاكتئابية ثم تصميم برنامج معرفي سلوكي لخفض هذا الاكتئاب، وتتميز الدراسة الحالية عن الدراسات العربية كونها تجرى في الأردن حيث لا توجد دراسات – بحسب علم الباحثة- حول الموضوع.

وبينت الدراسات فاعلية البرامج الإرشادية وبخاصة المعرفية- السلوكية في خفض الاكتئاب لدى المحرومات من الإنجاب ومن هذه الدراسات كيريكاها وايسمازلده وهيجامادي ورحناما (Kheirkhah, Esmaelzadeh, Hijhamadi & Rahnama, 2008) ودراسة نوربالا ورمضانزاده ومالكفضالي وعابدينا وفوروساني وشاريات وجعفرابادي (Noorbala,Ramazanzadeh, Malekafzali, Abedinia, Forooshani, Shariat &

(Jafarabadi, 2007. وتتفق الدراسة الحالية مع هذه الدراسات في تصميم برنـامج لإرشـاد المحرومات من الإنجاب، إلا أن الدراسة الحالية تتميز في عينتها ومتغيراتها التـي ستتـضمن متغيرات عديدة مثل العمر، والمستوى التعليمي، والقرابة الزوجية، ومدة المرض، وهو ما لم تقم به الدراسات السابقة وخصوصاً في ظل ندرة الدراسات العربية والأردنيـة – بحـدود اطـلاع الباحثة– حول الموضوع.

وأخيرا استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في إثراء الإطار النظري للدراسة الحالية والتعرف إلى مقاييسها ومنهجياتها وفي تطوير أدوات الدراسة الحالية.

# الفصل الثالث

# الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل الطرق والإجراءات التي قامت الباحثة بإتباعها أثناء تنفيذ الدراسة حيث يحتوي هذا الفصل على مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، الأدوات المستخدمة في الدراسة، وتصميم البرنامج، والمعالجات الإحصائية المتبعة من أجل الوصول إلى النتائج.

## مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من السيدات اللواتي يراجعن مركز الإخصاب والمساعدة على الإنجاب في عيادة الدكتور حسين حماد في مستشفى اربد التخصصي وقد قامت الباحثة بتوزيع الاستبيان على (140) سيدة من السيدات المحرومات من الإنجاب اللواتي يراجعن مركز الإخصاب والمساعدة على الإنجاب في مستشفى اربد التخصصي بغرض التطبيق الأولي لمقياس بيك للاكتئاب للتأكد من مدى انتشار الاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب. وبعد تطبيق المقياس ومراجعة الاستبيانات تم حذف (68) استبيان لعدم اكتمال البيانات وتكرار في الأسماء فاستقرت العينة الاستطلاعية على (72) سيدة.

## عينة الدراسة:

### العينة الاستطلاعية

قامت الباحثة بتنفيذ مسح استطلاعي حول مدى انتشار الاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب واللواتي يراجعن مركز الإخصاب والمساعدة على الإنجاب في مستشفى اربد التخصصي. وقد استخدمت الباحثة مقياس بيك على عينة قوامها (72) سيدة محرومة من الإنجاب.

وتبين أن هناك (32) سيدة يعانين من اكتئاب شديد بنسبة بلغت (44.4%) من مجمل السيدات في العينة الاستطلاعية، بينما بلغ عدد السيدات اللواتي يعانين من اكتئاب متوسط (14) سيدة بنسبة بلغت (19.4%)، في حين ظهر أن هناك (9) سيدات يعانين الاكتئاب ولكن بشكل خفيف وبنسبة بلغت (12.5%) من مجمل العينة الاستطلاعية، فيما أشارت (17) سيدة أنهن لا يعانين من اكتئاب وقد بلغت نسبتهم (23.6%). من خلال النسب أعلاه ترى الباحثة أن السيدات المحرومات من الإنجاب يعانين من الاكتئاب الشديد كنتيجة لهذه الحالة التي يعشنها، مما دفع الباحثة لاختيار السيدات المحرومات من الإنجاب في محافظة اربد لتطبيق البرنامج المعرفي السلوكي عليهن لتخفيض حدة المشاعر الاكتئابية لديهن.

وقد تم اختيار (24) سيدة فقط من السيدات اللواتي يعانين من اكتئاب متوسط واكتئاب شديد، وذلك بسبب رغبة السيدات للتعاون مع الباحثة ورفض باقي السيدات الاشتراك في الدراسة نتيجة ظروفهن الخاصة، وبالتالي أصبح عدد العينة التجريبية في الدراسة (24) سيدة والجدول (1) يبين نسبة انتشار الاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد.

**الجدول (1)**

**نسبة انتشار الاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد**

| مستوى الانتشار | التكرار | النسبة المئوية | النسبة الكلية |
|---|---|---|---|
| غير مكتئب | 17 | 23.6 | 23.6 |
| اكتئاب خفيف | 9 | 12.5 | 12.5 |
| اكتئاب متوسط | 14 | 19.4 | 19.4 |
| اكتئاب شديد | 32 | 44.4 | 44.4 |
| المجموع الكلي | 72 | 100.0 | 100.0 |

**العينة التجريبية**

تكونت العينة من (24) سيدة محرومة من الإنجاب حيث قامت الباحثة بتقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين:

مجموعة تجريبية بواقع (12) سيدة خضعن للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لمدة (75) يوماً، ومجموعة ضابطة لم تتلقَ أي تداخل علاجي، وراعت الباحثة عند اختيار العينة ما يلي:

1. موافقة السيدات على المشاركة في البرنامج والتقيد بشروطه.
2. أن يتراوح مستوى الاكتئاب بين الشديد والمتوسط لقياس أثر البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيض حدة الاكتئاب لدى السيدات في المجموعة التجريبية.

**أداة الدراسة (مقياس بيك للاكتئاب):**

قامت الباحثة بتطبيق (مقياس بيك للاكتئاب) وبرنامج إرشاد جمعي مستند إلى النظرية المعرفية السلوكية للنساء المحرومات من الإنجاب. ويعد هذا المقياس من المقاييس العالمية للتعرف على الاكتئاب (ملحق، أ).

وقد وضع هذا المقياس (بيك) لقياس شدة الاكتئاب عند الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 13 سنة وقد استخدمت الباحثة في الدراسة قائمة بيك للاكتئاب (حمدي، وأبو حجلة، وأبو طالب، 1988).

وتتكون فقرات المقياس من (21) فقرة مرتبة حسب شدة الأعراض من الخفيف إلى الشديد، بحيث يتناول كل فقرة عرضاً من أعراض الاكتئاب، حيث يطلب من المفحوص الاجابة على هذه الفقرات وفقاً لما يشعر به خلال الأسبوعين الماضيين بما فيه اليوم الذي يطبق عليه المقياس، وتتدرج فقرات المقياس يتدرج رباعي من (0-3) بحيث أن درجة صفر تعني عدم وجود عرض، ودرجة 3 تعني وجود العرض بدرجة مرتفعة.

## صدق مقياس بيك للاكتئاب

قامت عدة دراسات في البيئة الأردنية بإجراء معاملات الصدق والثبات لمقياس بيك للاكتئاب ومن هذه الدراسات:

- قام حمدي، أبو حجلة، وأبو طالب( 1988) بدراسة الصدق وثبات الصورة المعربة لمقياس بيك وتطبيقها في البيئة الأردنية، وكانت عينة الصدق مكونة من (56) طالباً وطالبة حيث تم تشخيص الاكتئاب لديهم من خلال مقابلات سريرية أستخدم فيها الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي.
- وقامت النمرات(2002) بدراسة هدفت إلى إيجاد العلاقة بين استخدام الانترنت والاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك وجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية حيث تأكدت الباحثة من صدق الأداة من خلال توزيعها على عشرة من المحكمين من أهل الاختصاص والخبرة في مجال الإرشاد وعلم النفس والقياس (ملحق، ب)، والتقويم والتربية الخاصة، وقد أجمع المحكمون على وضوح فقرات القائمة (ملحق، ج)
- وقام الدعاسين( 2004) بدراسة الخصائص السيكومترية لقائمة بيك للاكتئاب في البيئة الأردنية وأشار إلى أن المقياس يتمتع بدرجات صدق عالية.
- وقام جرادات( 2012) حيث قام بدراسة نسبة انتشار الاكتئاب لدى عينة من الطلبة الجامعيين في الأردن، حيث قام الباحث بعمل صدق تقاربي لفقرات المقياس على درجات أفراد العينة، وأشارت نتائجه إلى أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.37~0.64)، مما يشير إلى الصدق التقاربي الذي تتمتع به فقرات المقياس.

ولأغراض الدراسة الحالية، قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجات الكلية على المقياس لاستخراج صدق البناء بحسب أفراد مجتمع الدراسة الحالية

المكون من (72) سيدة وذلك كمؤشر على صدق البناء للمقياس ويبين الجدول (2) هذه معاملات صدق البناء لمقياس بيك للاكتئاب.

**الجدول (2)**

**معاملات صدق البناء لمقياس بيك للاكتئاب**

| الفقرة | الدرجة الكلية | الفقرة | الدرجة الكلية |
|---|---|---|---|
| Q1 | .65(**) | Q12 | .58(**) |
| Q2 | .74(**) | Q13 | .64(**) |
| Q3 | .61(**) | Q14 | .69(**) |
| Q4 | .59(**) | Q15 | .71(**) |
| Q5 | .75(**) | Q16 | .54(**) |
| Q6 | .62(**) | Q17 | .69(**) |
| Q7 | .68(**) | Q18 | .60(**) |
| Q8 | .59(**) | Q19 | .71(**) |
| Q9 | .61(**) | Q20 | .71(**) |
| Q10 | .67(**) | Q21 | .60(**) |
| Q11 | .55(**) | | |

يتبين من الجدول (2) أن قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجات الكلية تراوحت بين (0.54– 0.75) مما يشير إلى صدق البناء للمقياس وصلاحيته للتطبيق في هذه الدراسة.

**ثبات المقياس:**

أوضحت دراسة حمدي، وأبو حجلة، وأبو طالب( 1988) أن قيمة معامل الثبات لمقياس بيك هي (0.88) معامل كرونباخ ألفا، وأكد ذلك النمرات (2002) حيث تبين أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع حيث بلغ (0.87). أما الدعاسين (2004) فبين أن ثبات المقياس بلغ (0.85)، في حين تم حساب الثبات في الدراسة التي أجراها (جرادات، 2012) عن طريقة حساب الاتساق الداخلي على درجات أفراد العينة وبلغ معامل كرونباخ ألفا (0.90 ) وهي جميعها مؤشرات مرتفعة تبين ثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق.

ولأغراض الدراسة الحالية قامت الباحثة بحساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، وكان ذلك على درجات أفراد الدراسة، وقد بلغ معامل ثبات المقياس (0.92) وهو معامل ثبات مرتفع للمقياس.

**تصحيح المقياس:**

يتكون مقياس بيك للاكتئاب من (21) فقرة ويصحح المقياس عن طريق جمع الأرقام التي يجيب عليها المفحوص بحيث تجمع العلاقة الكلية وتكون درجة الفرد على المقياس على النحو الآتي

- من (صفر-9)غير مكتئب.
- من (10-15) اكتئاب ضعيف.
- من (16-23) اكتئاب متوسط.
- من 24 فما فوق اكتئاب شديد.

**البرنامج الإرشادي المعرفي**

- تم بناء برنامج إرشادي قائم على النظرية المعرفية السلوكية في الإرشاد النفسي كما هو مبين في (ملحق، د) وذلك بعد الإطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بهذا البرنامج مثل دراسة.
  - شحاته، منال (1989).
  - الرشيدي، الخليفي، (1997).
  - كريستين، (Kristen,2000).
  - سالفاتور، (Salvator,2001) .
  - لي وسان، (Lee & San,2000).

- والإطلاع على بعض البرامج الإرشادية المتعلقة بالموضوع، وقد تم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين المختصين من ذوي الخبرة والكفاءة وبلغ عددهم (10) محكمين (ملحق، هـ) للحكم على مدى ملائمة الجلسات من حيث الأهداف والمحتوى والوقت، وتم إجراء التعديلات بناءًا على آراء المحكمين وخرج البرنامج في صورته النهائية في (14) جلسة بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً لمدة ساعة ونصف لتتلاءم مع مواعيد السيدات (ملحق، و). حيث كان الهدف العام من البرنامج يتمثل في خفض مستوى المشاعر الاكتئابية لدى السيدات المحرومات من الإنجاب وتتضمن كل جلسة مجموعة من الأهداف الخاصة، والأدوات، والأساليب، والأنشطة والواجبات البيتية، وفيما يلي ملخص لهذه الجلسات:

**الجلستان الأولى والثانية:** وهما جلساتان افتتاحيتان للبرنامج وكانتا تهدفان إلى تحقيق التعارف بين المشاركات والتعريف بالبرنامج والاندماج وكسر الجمود بين المرشدة والسيدات وبين السيدات أنفسهن، وتم تحديد قواعد العمل وتمت مناقشة التوقعات من البرنامج، والأهداف التي يجب تحقيقها من البرنامج. وتم أخذ موافقة خطية من جميع المشاركات للاستمرار في البرنامج.

**الجلسة الثالثة:** هدفت إلى زيادة وعي المشاركات بذواتهن وبغيرهن من خلال جلسة الاستبصار الوعي وأثر التخيل في مشاعر وسلوكيات المشاركات.

**الجلسة الرابعة:** هدفت هذه الجلسة إلى تعريف المشاركات بمفهوم المشاعر الاكتئابية وأعراضها وأسبابها ونتائجها والعوامل المسببة لها ومبررات استخدامها في البرنامج.

**الجلسة الخامسة والسادسة والسابعة:** هدفت هذه الجلسات إلى تعريف السيدات المشاركات بمعنى الأفكار اللاعقلانية وكيفية التصدي لها، وأهمية معرفة هذه الأفكار وتحديدها والتدرب على كيفية تفنيدها.

**الجلسة الثامنة:** هدفت هذه الجلسة إلى تعريف السيدات بأن مسألة الحرمان من الإنجاب هي مسألة قدرية، وأهمية طرح بعض الخبرات الدينية بهذه الجلسة.

**الجلسة التاسعة:** هدفت هذه الجلسة إلى إيجاد جو من المرح والتسلية من السيدات وذلك في محاولة لإخراجهن من جو الجدية المبالغ فيها.

**الجلسة العاشرة:** هدفت هذه الجلسة إلى تعريف السيدات بمفهوم الاسترخاء، والتأمل ومن ثم تدريبهن على ممارسة الاسترخاء وتعريفهن بأثر هذه التمارين في خفض الاكتئاب لديهن.

**الجلسة الحادية عشر والثانية عشر:** هدفت هذه الجلسات إلى إعادة البناء المعرفي لدى السيدات بعد عدة جلسات وذلك للتعرف على مدى استبدال أنماط التفكير السلبية السابقة بأنماط تفكير إيجابية وفعالة.

**الجلسة الثالثة عشر:** هدفت هذه الجلسة إلى تطبيق إعادة البناء المعرفي (لعب الدور) كاستراتيجية لخفض الاكتئاب.

**الجلسة الرابعة عشر:** هي الجلسة الختامية والتي تهدف إلى الربط بين جلسات البرنامج وتركز على ملاحظات السيدات وتقييم مدى استفادتهن من البرنامج وتطبيق المقياس البعدي، والاتفاق معهن على أسلوب المتابعة البعدية بعد شهر من تاريخ هذه الجلسة.

**إجراءات الدراسة:**

تضمنت إجراءات الدراسة الخطوات التالية:

- مدة الدراسة بدأت الدراسة في (3/ 7/ 2013) بموافقة لجنة الدراسات العليا في جامعة اليرموك على مخطط الدراسة.
- الإطلاع على الأدب النظري المتعلق بموضوع الدراسة الحالية.

- الحصول على الموافقات الرسمية من جامعة اليرموك لتطبيق الدراسة في مستشفى إربد التخصصي (ملحق، ز).
- بناء برنامج إرشادي جمعي يهدف إلى خفض المشاعر الاكتئابية لدى السيدات المحرومات من الإنجاب.
- تم الاجتماع مع مدير مستشفى إربد التخصصي ومدير مركز الإخصاب والإنجاب لتوضيح فكرة الدراسة وأهدافها وإطلاعهم على البرنامج والمقياس.
- تطبيق المقياس على العينة المسحية المكونة من (140) سيدة محرومة من الإنجاب تراجع مركز الإخصاب والمساعدة على الإنجاب في مستشفي إربد التخصصي.
- قامت الباحثة باختيار أفراد العينة ممن حصلن على أعلى العلامات على مقياس بيك للاكتئاب وعددهن (24) سيدة.
- تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين عشوائياً (مجموعة تجريبية عددها (12) سيدة ومجموعة ضابطة وعددها (12) سيدة.
- قامت الباحثة بالاتصال بالسيدات لتحديد موعد الاجتماع، وتم الاجتماع في إحدى الغرف التابعة للمستشفى، وقامت الباحثة لتوضيح فكرة البرنامج والهدف منه وتوقيع عقد الاتفاق بينها وبين السيدات وتم التقاط صور لأغراض البحث العلمي، وتم الاتفاق على اليوم والساعة من كل أسبوع، وتم تنظيم المكان وتوفير جميع مستلزماته وبالتعاون مع إدارة المستشفى بكل ما يلزم من طاولات، وكراسي، ولوح مناسب، وجهاز حاسوب، وشاشة عرض، وأقلام وأوراق للواجبات البيتية.
- تم الاتفاق على أن تقوم الباحثة بإعطاء السيدات المشاركات بالبرنامج بدل مواصلات وذلك تسهيلاً لوصولهن للمستشفى وضماناً للالتزام بمواعيد الجلسات.

- ثم قامت الباحثة بأخذ الموافقة شخصياً من مستشفى اربد التخصصي في (2013/12/12)
- بدأت الدراسة التطبيقية للبرنامج في (2013/12/30) واستمرت 10 أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعية لمدة (90) دقيقة وأعيد تطبيقه المقياس لقياس أثر البرنامج بعد مرور شهر كامل.
- مدة الدراسة المسحية (شهران ونصف).
- تم إدخال استجابات أفراد العينة على المقياس إلى ذاكرة الحاسوب وتحليلها باستخدام برنامج (SPSS) واستخراج النتائج ومناقشتها وتقديم التوصيات اللازمة.
- مدة تطبيق البرنامج (شهرين ونصف) من تاريخ (2013/12/30 – 2014/3/5).
- إعادة تطبيق الاختبار بعد شهر كامل من الانتهاء، من تطبيق البرنامج (متابعة بعدية).

**متغيرات الدراسة:**

**المتغير المستقل الرئيس:** أسلوب المعالجة (البرنامج المعرفي السلوكي) وله مستويان.

المجموعة الأولى (الضابطة) لم تستخدم معها الباحثة أي طريقة في المعالجة.

المجموعة الثانية (التجريبية) طبق عليها البرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية المعرفية السلوكية.

**المتغير التابع الرئيس:**

**درجة الفرد على مقياس الاكتئاب:**

- من (صفر–9) غير مكتئب
- من (10–15) اكتئاب ضعيف
- من (16–23) اكتئاب متوسط
- من 24 فما فوق اكتئاب شديد

**متغيرات تصنيفية:**

**العمــر:** ☐ أقل من 40 ☐ أكثر من 40

**المستوى التعليمي:** ☐ ما دون الجامعي ☐ جامعي

**درجة القرابة من الزوج:** ☐ يوجد قرابة ☐ لا يوجد قرابة

**مدة الزواج:** ☐ 10 سنوات فما دون ☐ أكثر من 10 سنوات

**المعالجة الإحصائية:**

- تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة أفراد الدراسة.
- تم تطبيق اختبار مان وتني (Mann-whitney) للعينات المستقلة.
- تم استخراج اختبار (ت) لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين المتوسطات الحسابية.

**تصميم الدراسة:**

قامت الباحثة باستخدام تصميم شبه تجريبي يتضمن مجمــوعتين متكــافئتين: ضــابطة وتجريبية، وقياس قبلي وبعدي ومتابعة. حيث أن هذا التصميم يضمن ضبط المتغيرات المتعلقة بالدراسة وتمثله الرموز الآتية:

**المجموعة التجريبية:**

G1 : R O1 X O2 O3

(R) تعيين عشوائي ، (O1) قياس قبلي (X) برنامج معرفي سلوكي، O2 قياس بعــدي، O3 قياس متابعة.

**المجموعة الضابطة :**

G2 : R O1 - O2 O3

(R) تعيين عشوائي، O1 قياس قبلي (–) عدم تقديم معالجة O2 قياس بعــدي O3 قيــاس متابعة.

# الفصل الرابع

## عرض النتائج

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء الأسئلة التي تـم طرحها. وقد تم في البداية استخدام اختبار كولموجروف وسـميرنوف (One Sample test Kolmogorov-Smirnov) وذلك للتأكد من التوزيع الطبيعي .

### اختبار التوزيع الطبيعي (Normality):

تم التأكد من إتباع البيانات للتوزيع الطبيعي (Normal Distribution) باستخدام اختبار (One Sample Kolmogorov-Smirnov test)، والجدول (3) يبين ذلك.

**جدول (3)**

**اختبار (One Sample Kolmogorov-Smirnov test) للمتغيرات**

| المتغير | Kolmogorov-Smirnov Z | الدلالة الإحصائية |
|---|---|---|
| القبلي | .890 | .407 |
| البعدي | 1.130 | .156 |

يلاحظ من الجدول رقم (3) أن جميع قيم الدلالـة الإحـصائية لاختبـار (One Sample Kolmogorov-Smirnov test) للمتغيرات تراوحت (4.07-0.156) وجميعها أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha$ = 0.05) ، مما يدل على أن جميع المتغيـرات تتبـع التوزيـع الطبيعي.

**تكافؤ المجموعات**

للتحقق من تكافؤ المجموعات في مقياس بيك للاكتئاب في القياس القبلي تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول أدناه يوضح ذلك.

**جدول (4)**

**المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعا لمتغير المجموعة على مقياس بيك للاكتئاب في القياس القبلي**

| | المجموعة | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | درجات الحرية | الدلالة الإحصائية |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| القبلي | تجريبية | 12 | 49.67 | 7.414 | -.897 | 22 | .379 |
| | ضابطة | 12 | 52.67 | 8.897 | | | |

يتبين من (4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تبعا لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة) في مقياس بيك للاكتئاب في القياس القبلي. وهذه النتيجة تشير إلى تكافؤ المجموعات.

**السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من السيدات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة من السيدات اللواتي لم يتعرضن للبرنامج الإرشادي على مقياس بيك الاكتئاب ؟.**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس بيك للاكتئاب حسب متغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لأثر المجموعة على مقياس بيك للاكتئاب

| المجموعة | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | درجات الحرية | الدلالة الإحصائية |
|---|---|---|---|---|---|---|
| تجريبية | 12 | 7.83 | 4.260 | -17.324 | 22 | .000 |
| ضابطة | 12 | 48.83 | 7.004 | | | |

يتبين من الجدول (5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المجموعة حيث بلغت قيمة "ت" (‎-17.324)، وبدلالة إحصائية بلغت (0.000)، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

**السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من السيدات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات العمر، والمستوى التعليمي، ودرجة القرابة مع الزوج، ومدة الزواج؟.**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار مان وتني لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية من السيدات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات العمر، والمستوى التعليمي، ودرجة القرابة مع الزوج، ومدة الزواج، والجداول أدناه توضح ذلك.

أولا: العمر

جدول (6)

نتائج اختبار "مان وتني" لإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية من المريضات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات العمر

| العمر | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | Mann-Whitney U | قيمة Z المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 فما دون | 8 | 6.44 | 51.50 | 15.500 | -.086 | .932 |
| أكثر من 40 | 4 | 6.63 | 26.50 | | | |

يتضح من الجدول رقم (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) عند استخدام العلامات الخام تعزى لمتغير العمر في درجات أفراد المجموعة التجريبية من المريضات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي.

ثانيا: المؤهل العلمي

جدول (7)

نتائج اختبار "مان وتني" لإيجاد دلالة الفروق عند استخدام العلامات الخام لدرجات أفراد المجموعة التجريبية من المريضات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات المؤهل العلمي

| المؤهل العلمي | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | Mann-Whitney U | قيمة Z المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| دون جامعي | 6 | 6.42 | 38.50 | 17.500 | -.081 | .936 |
| جامعي | 6 | 6.58 | 39.50 | | | |

يتضح من الجدول رقم (7) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) عند استخدام العلامات الخام تعزى لمتغير المؤهل العلمي في درجات أفراد المجموعة التجريبية من المريضات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي.

**ثالثا: صلة القرابة**

**جدول (8)**

**نتائج اختبار "مان وتني" لإيجاد دلالة الفروق عند استخدام العلامات الخام لدرجات أفراد المجموعة التجريبية من المريضات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات صلة القرابة**

| صلة القرابة | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | Mann-Whitney U | قيمة Z المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| يوجد | 3 | 8.17 | 24.50 | 8.500 | -.933 | .351 |
| لا يوجد | 9 | 5.94 | 53.50 | | | |

يتضح من الجدول رقم (8) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) عند استخدام العلامات الخام تعزى لمتغير صلة القرابة في درجات أفراد المجموعة التجريبية من المريضات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي.

**رابعا: مدة الزواج**

**جدول (9)**

**نتائج اختبار "مان وتني" لإيجاد دلالة الفروق عند استخدام العلامات الخام لدرجات أفراد المجموعة التجريبية من المريضات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات مدة الزواج**

| | مدة الزواج | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | Mann-Whitney U | قيمة Z المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| بعدي | 10 فما دون | 9 | 6.67 | 60.00 | 12.000 | -.280 | .780 |
| | أكثر من 10 | 3 | 6.00 | 18.00 | | | |

يتضح من الجدول رقم (9) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) عند استخدام العلامات الخام تعزى لمتغير مدة الزواج في درجات أفراد المجموعة التجريبية من المريضات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي.

**السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المريضات في المجموعة التجريبية اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي في القياس البعدي، ومتوسط درجاتهن على نفس المقياس في القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي؟.**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المريضات في المجموعة التجريبية اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي في القياس البعدي، ومتوسط درجاتهن على نفس المقياس في القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية في القياسيين البعدي والتتبعي تم استخدام اختبار "ت" للبيانات المترابطة، والجدول أدناه يوضح ذلك.

**جدول (10)**

**المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" للبيانات المترابطة بين القياسيين البعدي والتتبعي في مقياس بيك للاكتئاب**

| القياس | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | درجات الحرية | الدلالة الإحصائية |
|---|---|---|---|---|---|---|
| بعدي | 12 | 7.83 | 4.260 | 2.184 | 11 | .052 |
| احتفاظ | 12 | 6.67 | 3.447 | | | |

يتبين من الجدول (10) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) بين القياسيين البعدي والتتبعي في مقياس بيك للاكتئاب حيث بلغت قيمة "ت" (2.184)، وبدلالة إحصائية بلغت (0.052).

# الفصل الخامس

# مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت لها الدراسة في ضوء ما طرح من أسئلة تتعلق بمشكلتها، بالإضافة إلى التوصيات في ضوء النتائج.

**مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من المريضات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة من المريضات اللواتي لم يتعرضن للبرنامج الإرشادي على مقياس بيك للاكتئاب في القياس البعدي ؟**

أشارت النتائج إلى وجود أثر للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض مشاعر الاكتئاب للمجموعة التجريبية، حيث أشارت النتائج إلى وجود أثر دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05) تعزى لأثر البرنامج الإرشادي ولصالح المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة، وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن تطبيق البرنامج الإرشادي كان له دور في تغيير وخفض المشاعر الاكتئابية لدى أفراد العينة التجريبية حيث يتبين ذلك من خلال درجات أفراد المجموعة التجريبية التي انخفضت بشكل جوهري بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وأن هذه النتيجة تؤكد على أن البرنامج الإرشادي قد ساهم بشكل واضح في تحقيق الغرض الذي تم بناؤه من أجله وذلك من خلال الجلسات الإرشادية التي كان من شأنها خفض مشاعر الاكتئاب.

وتتفق هذه الدراسة مع الدراسة التي قام بها كل من موسى النجــاد وكــولي (2012) التي أظهرت أثر العلاج بالمعنى والعلاج الروحي الديني حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في انخفاض مستوى القلق والاكتئاب لدى ســيدات المجموعــة التجريبيــة مقارنة بسيدات المجموعة الضابطة مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفــض حــدة القلق والاكتئاب لدى هذه الشريحة من السيدات.

كما كان لجلسة التدريب على تمارين الاسترخاء البدني والفكري والتأمل كطريقة لخفض القلق والتوتر والتفكير اللاعقلاني دور كبير في خفض مشاعر الاكتئاب لديهن ثم تــم تطبيــق تمرين الاسترخاء العضلي على إحدى السيدات ولاحظت كيف بدأ التوتر يقل لديها، وتم إعطاء السيدات هذا التمرين كواجب منزلي وتسجيل الملاحظات علــى الأثــر الــذي تتركــه جلــسة الاسترخاء العضلي وذلك بعد توزيع الطرق الصحيحة لممارسة الاســترخاء العــضلي، وبعــد مناقشة الواجب المنزلي لتمرين الاسترخاء العضلي، أشارت إحدى السيدات إلى أن هذه الجلسة ساعدتها جداً في التخلص من حالة التوتر والتفكير الزائد ومحاولة الاسترخاء الفكري وخفــض من القلق لديها وأنها أصبحت تمارس هذه التمارين أكثر من مرة باليوم.

وحقق البرنامج الإرشادي هدفه في خفض حدة المشاعر الاكتئابية مــن خــلال الــدعم النفسي المتواصل وطيلة جلسات البرنامج الإرشادي عن طريق المناقــشات البنــاءة المقدمــة والتقديم الأولي لكل جلسة والتفاعل البناء بين أفراد المجموعة.

كما كان لجلسة التعريف بمعنى المشاعر الاكتئابية وكيف ينشأ الاكتئــاب ومــن هــو المسؤول عن حدوثه وعن الأعراض الدالة عليه والأسباب التي تؤدي إلى إصابة السيدات بــه إضافة إلى الأثر السلبي الذي يتركه على حياة وصحة السيدة المحرومة من الإنجاب بدلاً مــن

الأثر الجيد الذي يساعدها على تخطي حالة المرض الذي تعيشه كان لها الدور الأكبر في النظر للأمور من ناحية ثانية بحيث أدركن بصورة واضحة الأعراض التي تظهر عليهن من خمول وكسل وقلق وتوتر وعدم حب الذات وعدم الرغبة في المشاركة في العلاقات الاجتماعية وتدني مفهوم الذات وانعدام القيمة وكان للبرنامج أن يغير من النظرة السلبية إلى ايجابية بحيث أدركن التعامل الخاطئ مع أنفسهن ونمط حياتهن.

حيث اتفقت هذه النتيجة مع دراسة شحاته (1990) التي بينت فيها نتائج الدراسة ان ذات العقيم تتسم بالعجز والقصور والاعتمادية السلبية وشيوع مشاعر الإحباط والفقدان وانعدام القيمة.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة لي وسان (Lee & san, 2000) التي بينت نتائج الدراسة فيها إلى أنّ السيدات يعانين من حالة قلق وإحباط مستمر ويتدنى لديهن تقدير الذات وبالتالي يصيبهن الاكتئاب وبينت ضعف البرامج الإرشادية العلاجية التي تقلل من مشاعر اليأس والاكتئاب لديهن.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة سالفاتور (Salvator ,2001) التي أظهرت في نتائجها أن المشاعر الاكتئابية عند السيدات المحرومات من الإنجاب أعلى منها عند السويات بسبب الحاجة للإنجاب والضغط الأسري وبينت الدراسة عدم وجود برامج إرشادية للمحرومات من الإنجاب سواء على الصعيد الطبي أو على الصعيد النفسي.

واتفقت هذه الدراسة مع الدراسة التي أجراها كل من نوربالا ورمضانزادا ومالكفضالي وعابدينا وفوروساني وشاريات وجعفر ابادي (Noorbala Ramezanzadeh, Aghssa, & Abedinia, Zayeri, Khanafshar, Shariat, & Jafarabadi, 2004). والتي هدفت إلى تعرف أثر العلاج الإرشادي النفسي في تخفيض حدة الاكتئاب لدى السيدات المحرومات من

الإنجاب. وأشارت النتائج أنّ الدراسة تتفق مع الدراسات السابقة وأن البرنامج كان له أثره في انخفاض مستوى الاكتئاب.

واتفقت أيضاً مع الدراسة التي قام بها كل من كيريكاها وايسمازلده وهيجامادي ورحناما (Kheirkhah, Esmaelzadeh, , Hijahmadi & Rahnama, 2008). التي هدفت إلى الكشف عن أثر العلاج الطبي وأثر الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى عينة من المحرومات من الإنجاب، وأشارت النتائج إلى أن الدراسة تتفق مع الدراسات السابقة وأن البرنامج الإرشادي أظهر فروقاً ذات دلالة إحصائية في انخفاض مستوى القلق والاكتئاب.

واتفقت هذه الدراسة أيضاً مع الدراسة التي قام بها كل من كوسالايا وريدي وجايا شري (Kousalya, Reddy, Reddy, & Jayashree, 2013) والتي هدفت إلى الكشف عن أثر البرامج الإرشادية في تخفيض حدة الاكتئاب والتوتر والقلق لدى السيدات المحرومات من الإنجاب حيث أظهرت النتائج ضرورة أن يترافق العلاج النفسي مع العلاج الطبي لكي يساعد المحرومات من الإنجاب في مواجهة الضغوط الخارجية التي يسببه لهن المحيط وبالتالي خفض حدة المشاعر الاكتئابية لديهن.

واتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة كل من فارمارازي وباشا وإسماعيل زاده وخير ها وحيدري وأفشار (Faramarzi, Pasha, Esmailzadeh, Kheirkhah, Heidary, & Afshar, 2013) والتي هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالأدوية الطبية في خفض حدة التوتر والاكتئاب لدى عينة من السيدات المحرومات من الإنجاب.

والتي أظهرت أثر البرنامج في خفض حدة الاكتئاب والتوتر لدى سيدات المجموعة التجريبية مقابل الضابطة، بينما كان التوتر والقلق أقل لدى سيدات مجموعة العلاج المعرفي السلوكي منه لدى سيدات العلاج بالأدوية.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة نيلفورشان وأحمدي وعبيدي وأحمدي Nilforooshan, P., Ahmadi, A., Abedi, M., & Ahmadi, M. (2006). التي هدفت إلى الكشف عن أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض مشاعر الاكتئاب لدى عينة من المحرومات من الحمل. والتي أظهرت فعالية البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية وفهمها لفكرة العقم وعدم الإنجاب وعدم القدرة على الحمل ومواجهة الأمر.

وبالتالي فإن البرامج الإرشادية القائمة على النظرية المعرفية السلوكية أثبتت أثرها ونجاحها من خلال تحقيق الأهداف التي وضعت لأجلها.

**مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير العمر لدى السيدات المحرومات من الإنجاب بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي؟**

**أولاً العمر:**

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) تعزى لمتغير العمر وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الرغبة في الإنجاب والوصول إلى الأمومة هي واحدة فإنّ الغريزة التي فطر الله الناس عليها وهي حب الإنجاب والتكاثر لم يفرد بها أحد عن أحد ولم يميز بها عمر عن آخر وأن الرغبة في الأمومة تعد من المظاهر الفطرية عند الإنسان. لذا فإنّ السيدة المحرومة من الإنجاب تشعر بالضعف من مجرد تشخيصها بعدم

الإنجاب وتبدأ معاناتها اليومية مع مجموعة من الضغوطات الحياتية والخوف من عدم الإنجاب أو من فشل العلاج كما أنها تخاف من طول فترة العلاج التي قد تستمر لعدة سنوات وبدون جدوى لذلك ترى الباحثة ضرورة وأهمية البرامج الإرشادية لجميع الفئات العمرية وأن العمر ليس سبباً في نشوء الاكتئاب أو عدمه فكم من حالات تصاب بالاكتئاب في عمر العشرين.

وتعارضت هذه الدراسة أيضاً مع الدراسة التي قام بها جابر (2005) والتي هدفت إلى التعرف إلى شدة الضغوط النفسية لدى النساء المحرومات من الإنجاب والتعرف على العلاقة بين العمر وطول مدة الزواج حيث بينت النتائج وجود علاقة دالة بين متغيرات الدراسة (طول مدة الزواج، وعمر الزوجة، عمر الزوج، والضغوط النفسية الناجمة عن قلة الخصوبة) وأوصت الدراسة بضرورة أن يتضمن برامج العلاج الطبي برامج إرشادية نفسية تساعد المرأة على التكيف مع هذه المشكلة وتخفيض المشاعر الاكتئابية لديهن.

واختلفت هذه الدراسة مع دراسة كل من القشعان والبشر (2009) حيث أظهرت الدراسة أن التقدم في العمر هي متغيرات تسهم في التنبؤ بظهور أعراض الاكتئاب لدى عينة من الزوجات في الأسر العقيمة.

واتفقت هذه الدراسة مع الدراسة التي قام بها كل من (اوجاوا وتاكاماتسو وهيركوشي، Oqawa,M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011) والتي هدفت إلى تقييم العوامل المرتبطة بالاكتئاب والقلق لدى عينة من المحرومات من الإنجاب في ضوء متغيرات العمر والحمل والإجهاض، وعدم الحمل نهائياً حيث أظهرت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المريضات في ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى المريضات في ضوء متغيرات الدراسة.

وبينت أن الحرمان من الإنجاب يرتبط بقلق الحالة والخوف من المستقبل والعوامل النفسية والاجتماعية السلبية التي تحيط بالمرأة.

**ثانياً: المؤهل:**

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس بيك للاكتئاب تعزى للمؤهل العلمي وقد اختلفت هذه الدراسة مع الدراسة التي قام بها كل ورمضانزادا ومالكفضالي وعابدينا وفوروساني وشاريات وجعفر ابادي (Ramezanzadeh, & Aghssa, Abedinia, Zayeri, Khanafshar, Shariat Jafarabadi, 2004). التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب ومدة الحرمان من الإنجاب.

حيث أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مدة الحرمان من الإنجاب وبين شدة الاكتئاب خاصة عند النساء الأكبر عمراً والأقل تعليماً.

وتعزو الباحثة السبب أن السيدة سواء كانت متعلمة أو غير متعلمة فرغبتها في الإنجاب واحدة فالكل يبحث عن الحل وتلجأ إلى العيادات المتخصصة بالمساعدة على الحمل والإنجاب والكل يسمع ويرى ويشاهد تجارب غيره وهن في الأساس بنات لأمهات أخذن منهن حق الرعاية والأمومة فيرغبن بغريزتهن أن يصبحن أمهات كأمهاتهن، وكان عدم وجود الفرق واضحاً بسبب اشتراك العديد من السيدات في البرنامج فمنهن متعلمات وغير متعلمات والجميع قد أبدين الرغبة بالحصول والاشتراك في مثل هذه البرامج بغض النظر عن مستواهن التعليمي. ففي أثناء انعقاد البرنامج كان هناك سيدات متعلمات وهذا يدل على أن رغبة السيدة سواء كانت

متعلمة أو غير متعلمة لا تختلف في رغبتها في الإنجاب فكلهن يسعين بكافة الوسائل والطـرق لأن يصبحن أمهات فغريزة الأمومة تتسامى في كل ما تعرف بأنها أنثى.

**ثالثاً: مدة العلاج:**

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) تعزى لمتغير مدة العلاج على مقياس بيك للاكتئاب بعد تعرضهن للبرنامج الإرشـادي وتعـزو الباحثة ذلك إلى خوف السيدات المحرومات من الإنجاب من المدة الزمنية للعلاج حيث أن طول فترة العلاج تعرضهن لليأس والخوف من المستقبل لأن هذا يتزامن مع التقدم في العمر وأن مدة العلاج سواء كانت أقل من 10 سنوات أو أكثر فإنها ترافقها أعراض وتغيرات سواء كانت قلقًا أو توترًا أو خوفًا من نجاح العلاج أو عدمه إضافة إلى الضجر والملل أو من خبـرات الفـشل السابقة فإنها تؤثر أكثر.

اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة كل نوربالا ورمـضانزادا ومالكفـضالي وعابـدينا وفوروساني وشاريات وجعفر ابادي (Ramezanzadeh, & Aghssa, Abedinia, Zayeri, Khanafshar, Shariat,M &Jafarabadi, 2007). التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب ومدة الحرمان من الإنجاب والتي أظهرت نتائجها وجـود علاقـة ذات دلالـة إحصائية بين مدة الحرمان من الإنجاب وبين شدة الاكتئاب خاصة عند النساء الأكبـر عمـراً والأقل تعليماً.

واختلفت الدراسة الحالية مع الدراسة التي قام بها جابر (2005) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين العمر وطول مدة العلاج والضغوط النفسية، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة

دالة بين متغيرات الدراسة (طول مدة العلاج، والعمر) والضغوط النفسية والاكتئابية وأوصت الدراسة بضرورة أن تتضمن برامج العلاج الطبي مع برامج إرشادية نفسية.

وتختلف هذه الدراسة مع الدراسة التي قام بها كل من أشكاني وزملائه (Ashkani, et al 2006). التي هدفت إلى مقارنة الاكتئاب لدى الأزواج المحرومين من الإنجاب والأزواج العاديين. حيث أشارت النتائج إلى ارتفاع نسبة مشاعر الاكتئاب لدى عينة من المحرومين من الإنجاب مقارنة بالعاديين كما بينت الدراسة أن الأزواج الذين يعانون من عدم الإنجاب لمدة سنة – 3 سنوات أن مشاعر الاكتئاب لديهم تتسم بالمعاناة النفسية والتوتر والدائم والخوف من النظرة المجتمعية السلبية.

واختلفت الدراسة الحالية مع الدراسة التي قام بها القشعان والبشر (2009) التي هدفت إلى التعرف إلى الفروق في درجات الاكتئاب بين المصابين بالعقم وغير المصابين به من ناحية الجنس والعمر ومدة الزواج والحالة الوظيفية ومدة العلاج حيث كشفت النتائج عن وجود فروق دالة احصائياً بالنسبة للتقدم في العمر وطول فترة العلاج.

**رابعاً: درجة القرابة من الزوج:**

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) تعزى لمتغير درجة القرابة من الزوج للسيدات تبعاً لمقياس بيك للاكتئاب بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي وتعزو الباحثة السبب إلى أن ذات السيدة المحرومة من الإنجاب لا يكون همها أن كان زوجها قريباً أم لا. وتعزو الباحثة أيضاً النتائج بعدم وجود فروق إلى الطبيعة الإنسانية التي تطغى على درجة القرابة، فالرغبة في تكوين أسرة مستقلة، فالأطفال جزء مهم في الأسرة وتكوينها والرغبة في وجودهم لا تؤثر فيه درجة القرابة.

ومن أهم الدعائم في الأسرة العلاقة بين الرجل والمرأة داخل الأسرة وليست درجة القرابة وهي التي تمنح المرأة الأمان والاستقرار العاطفي الذي يؤدي إلى ثباتها وجدانياً وتقليل الأعراض الاكتئابية لديها، وأيضاً أن يكون للزوجين أهداف مشتركة ووسائل واحدة مثل الرغبة في الحصول على طفل من الطرفين يقلل فرص الأعراض الاكتئابية واتخاذهم طريقة متفق عليها في الحصول على الطفل وعدم التنازع العاطفي في رغبة أحدهم والتشكيك في قدرة الآخر، والقناعة الداخلية من الطرفين بشريك حياته ومن أهم الدعائم النفسية للمرأة هو الزوج نفسه ورغبته الداخلية وقناعته بزوجته ومساعدته لها وأم شيء عدم تدخل أطراف أخرى في هذا القرار ومصارحة الزوجين بعضهما بمشاعرهما وعدم لوم الطرف الآخر.

**مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين متوسطات درجات السيدات في المجموعة التجريبية اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي في القياس البعدي، ومتوسط درجاتهن على نفس المقياس في القياس التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج؟**

تشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمجموعة التجريبية على مقياس بيك للاكتئاب في القياس التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج من جهة، مقابل المجموعة الضابطة من جهة أخرى. مما يؤكد على أنّ المهارات والاستراتيجيات التي استخدمت في البرنامج قد أثبتت فاعليتها وهذا يدل على النجاح الذي أحرزه البرنامج، حيث أنّ السيدات قد تعرّفن على حجم الأثر الذي يتركه الاكتئاب على ذواتهن وأثره السلبي في حصولهن على الولد. وحيث تعلمن من خلال جلسات البرنامج كيفية تفنيد الأفكار اللاعقلانية، وأسلوب لعب الدور واستراتيجيات البناء المعرفي (التخيل ولعب الدور) وكيف انعكس ذلك بنظرة ايجابية عن

ذواتهن الأمر الذي قادنا في النهاية إلى درجة أفضل من الدرجة التي حصلن عليها في بداية البرنامج.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من نيلفورشان وأحمدي وعبيدي وأحمدي Nilforooshan, P., Ahmadi, A., Abedi, M., & Ahmadi, M. (2006) ودراسة نوربالا ورمضانزادة ومالكفضالي وعابدينا وفورساني وشاريات وجعفر أبادي Noorbala, A., Ramazanzadeh, F., Malekafsali, H., Abedinia, N., Forooshani, A., Shariat, M., &Jafarabai, M. (2007). ، ودراسة كيريكاها وايسمازلده وهيجامادي ورحناما Kheirkhah, F., Esmaelzadeh, F., Hijahmadi, A., & Rahnama,J. (2008)، ودراسة موسى النجاد وكولي Mosalanejad L., & Koolee A. (2012).، ودراسة كوسالايا وريدي وريدي وجاياشيري Kousalya, K., Reddy, S., Reddy, U & Jayashree, K. (2013). والتي استخدمت فيها جميعاً برامج إرشادية حيث أظهرت جميع هذه الدراسات وجود أثر للبرنامج الإرشادي في خفض حدة القلق والاكتئاب والتوتر لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

**التوصيات:**

في ضوء نتائج الدراسة توصي الباحثة بالاتي:

- ضرورة وجود فريق متخصص في تقديم مهارات الإرشاد لمساعدة الفريق الطبي.
- تبني البرنامج الإرشادي الحالي بسبب ثبوت فاعليته في خفض حدة الاكتئاب لدى السيدات المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد، لكي تستفيد منه السيدات الأردنيات في مختلف أنحاء المملكة.
- تشجيع المرشدين على إجراء البحوث والدراسات التي تتناول برامج علمية إرشادية وعلاجية في جميع القطاعات سواء كانت مستشفيات أو حتى عيادات خاصة.
- ضرورة وجود مرشد نفسي في المستشفيات والمراكز التي تتعامل مع السيدات المحرومات من الإنجاب من أجل مواجهة الضغوط النفسية.
- إنشاء مراكز للإرشاد الأسري بهدف توعية السيدات المحرومات من الإنجاب بدور الإرشاد المعرفي السلوكي في مساعدتهن على مواجهة حالة الحرمان، ولمساعدة السيدات المحرومات من الإنجاب في تعزيز أدوارهن من الناحية النفسية والأسرية والاجتماعية.
- ضرورة أن تتضمن برامج العلاج الطبي برامج إرشادية، نفسية تساعد المرأة على التكيف مع هذه المشكلة وتخفض المشاعر الاكتئابية لديها.
- إجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول الموضوع باستخدام عينات مختلفة وضمن برامج إرشادية متنوعة مثل برامج العلاج الوجودي وغيرها.

# المراجع

## أ- المراجع العربية


أباظة، آمال .(2001). **الصحة النفسية**. القاهرة : المكتبة الأنجلو المصرية.

إبراهيم، عُلا. (2009). **الاكتئاب: أنواعه، أعراضه، أسبابه وطرق علاجه والوقاية منه**. القاهرة: عالم الكتاب للنشر والتوزيع.

إبراهيم، ماجدة. (2004). بعض المتغيرات النفسية المرتبطة بالعقم وعملية أطفال الأنابيب: دراسة عبر ثقافية. **مجلة الدراسات النفسية، 14**(4): 595- 625.

إبراهيم،عبد الستار .(2002) .**العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث**.القاهرة :دار الفجر

أبو تراب، محمد خير، (1981). العقم عند الرجل. **مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، 2**(2): 35-57.

أبو تراب،محمد خير، (1982). دراسات في العقم عند المرأة. **مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، 28**(3): 37-47.

أبو عبادة، صالح بن عبد الله و نيازي، عبد المجيد .(2001). **الإرشاد النفسي**. الرياض: مكتبة العبيكان.

إمام، أحمد. (1996). **الزواج والطلاق في الفقه الإسلامي**. بيروت: دار المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر.

بكير، نيرين تيسير. (2001). **فاعلية برنامج للضبط الذاتي في التحكم بالغضب ومركزية الضبط الذاتي لدى عينة من طالبات الصف الأول الثانوية**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

جابر، سعد. (2005). الضغوط النفسية الناجمة عن حالة قلة الخصوبة لدى عينة من النساء. **مجلة العلوم النفسية: مركز البحوث التربوية والنفسية، 6(10): 22- 46.**

جابر، عبد الحميد جابر. (1994). **علم النفس التربوي.** القاهرة: دار النهضة العربية.

جبل، فوزي محمد .( 2000) .**الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية.** الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

جرادات، عبد الكريم. (2012). انتشار الاكتئاب لدى عينة من الطلبة الجامعيين في الأردن، **مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 9 (1)، (177-197).**

جلال، سعد. (1986). **في الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية.** القاهرة: دار الفكر العربي.

الحاج، حميد احمد، (1992). **أساسيات علم الأجنة.** عمان: منشورات الجامعة الأردنية.

الحسين، أسماء عبد العزيز. (2002). **المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي** الرياض: دار عالم الكتب.

حمدي، نزيه وأبو حجلة، نظام وأبو طالب، صابر. (1988). البناء العاملي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب. **دراسات، 15 (1): 30-40.**

حمودة، محمود، (2004). **الطب النفسي – أمراض النفس.** القاهرة: دار الكتب والوثائق القومية.

الحنفي، عبد المنعم. (1991). **موسوعة الطب النفسي: الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً.** القاهرة: مكتبة مدبولي.

الخالدي، أديب. (2002). **المرجع في الصحة النفسية.** القاهرة: الدار العربية للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال .(2003). **تعديل السلوك الإنساني**، ط(1)، مكتبة الفلاح.

الخطيب، جمال و سرحان، وليد وحباشنه، محمد. (2001). **الاكتئاب** عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

الخفش، سامح وديع. ( 2011 ). **النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي**. عمان: دار الفكر العربي.

الخوري، سميح، (1998). **دراسة العقم عند الرجل**. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات.

دائرة الإحصاءات العامة. (2012). **الخصوبة والإنجاب في الأردن**. عمان: منشورات الدائرة.

دائرة الإحصاءات العامة. (2013). **التقرير السكاني للأردن لعام 2012-2013**. عمان: منشورات دائرة الإحصاءات العامة.

درويش، أحمد. (2009). مفهوم الذات والثقة بالنفس وكل من الكفاءة الاجتماعية وبعض متغيرات الشخصية لدى الرجل العقيم والمرأة العاقر. **مجلة كلية الآداب: جامعة المنصورة، 1**(45): 706- 803.

درويش، أحمد. (2009). مفهوم الذات والثقة بالنفس وكل من الكفاءة الاجتماعية وبعض متغيرات الشخصية لدى الرجل العقيم والمرأة العاقر. **مجلة كلية الآداب: جامعة المنصورة، 1**(45): 706-803.

الدعاسين، خالد. (2004). **الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية في البيئة الأردنية**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة- الأردن.

الرازي، محمد بن أبي بكر. (1985). **مختار الصحاح (باب عقم)**. بيروت: مكتبة لبنان.

الرأس، أحمد. (2011). **العقم عند المرأة: أسبابه وطرق تشخيصه وعلاجه**. الرياض: مكتبة النخيل للنشر والتوزيع.

رجب، إبراهيم. (2000). **اتجاهات حديثة في الخدمة الاجتماعية**. القاهرة: دار نهضة مصر للطباعة والنشر.

الرشيدي، بشير والسهل، علي. (2000). **مقدمة في الإرشاد النفسي**. القاهرة: مطبعة التقدم

الريحاني، سليمان. (1987). الأفكار اللاعقلانية عند طلبة الجامعة الأردنية وعلاقة الجنس والتخصص في التفكير اللاعقلاني. **مجلة دراسات، 14**(5): 32-56.

الريحاني، سليمان، حمدي، نزيه، أبو طالب، صابر. (1989). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية. **مجلة الدراسات العربية،16**(3):62-112.

الزعبي، أحمد. (2005). العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية من الجنسين. **مجلة العلوم التربوية، 5**(8): 57-80.

زقعار، فتحي. (2013). الاكتئاب مرض العصر: أساليب تشخيصه والوقاية منه وعلاجه. **مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية. 3**(28): 8-27.

الزمخشري، ابي القاسم جارالله، (538هـ). **أساس البلاغة** ، القاهرة: دار الكتب المصرية.

الزواوي، عبير. (2011). دور مقترح لأخصائي خدمة الجماعة في التخفيف من مشكلات المرأة العقيم: دراسة وصفية في محافظة كفر الشيخ. **مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 31**(7): 279- 304.

سرحان، وليد والخطيب، جمال و حباشنة، محمد.(2001). **الاكتئاب**. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

سري، إجلال. (2000). **علم النفس العلاجي**. القاهرة: عالم الكتب للنشر والطباعة.

سعد، رياض. (2003).**الاكتئاب: تشخيص وعلاج**. المنصورة: دار الكلمة للنشر والتوزيع.

السماك، أمينة ومصطفى، عادل، مترجم ، الرابطة الأمريكية للطب النفسي. (2000). الـــدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، الكويت: مكتبة المنار الإسلامية: الطبعة الأولى.

سيد، عبد العظيم محمد. فضل، إبراهيم عبد الصمد، محمد عبد التواب أبـــو النـــور.(2010). **فنيات العلاج النفسي وتطبيقاتها.** القاهرة: دار الفكر العربي.

شحاتة، منال، (1989). أثر الحرمان من الإنجاب على مفهوم الذات لدى المرأة العاقر. **مجلـــة علم النفس، 6**(10): 9-16.

الشربيني ، لطفي. ( 2003). **الطب النفسي ومشكلات الحيـــاة**، ط(1)، لبنـــان، بيـــروت دار النهضة العربية.

الشربيني ، لطفي. ( 2009). **معجم مصطلحات الطب النفسي.** الكويت: مركز تعريب العلـــوم الصحية.

شقير، زينب. (2002). **الشخصية السوية والمضطربة.** القـــاهرة: دار النهـــضة المـــصرية للطباعة والنشر والتوزيع.

الشناوي، محمد محـــروس .(1994). **نظريات الإرشـــاد والعلاج النفسي.** القاهرة: دار غريب للنشر والتوزيع.

الطيارة، بسام. (1991). **أهم ما يجب أن تعرفه عن العقم.** لبنان: مؤسسة المعارف.

العارف، عبد الرحمن بن حسن الأحمدية، (2001). لفظتا (عاقر) و(عقيم) ودلالتهما اللغوية في القرآن الكريم. **مجلة جامعة أم القرى للعلوم الشرعية، 1**(1): 95-122.

عبد الخالق، أحمد و محمد، السيد. (2013). الفروق بين الجنسين في الأعـراض الاكتئابية ومعدلات الانتشار لدى عينات من الأطفال والمراهقين في مصر والكويت. **مجلة العلوم التربوية والنفسية، 14**(2): 106-128.

عبد الخالق، أحمد. (2006). **علم النفس العام**. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

عبد العال، حسن. (2000). **علاج عقم الرجال بين العلم والدين**. القاهرة: دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر.

العبيدي، محمد جاسم. ( 2004). **مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها**. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

عثمان، محمد. (2010). **الاكتئاب وعلاقته بتقدير الذات ومعنى الحياة لدى الشباب**. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

عسكر، عبد الله. (2001). **الاكتئاب النفسي: بين النظرية والتشخيص**. القاهرة: المكتبة الأنجلو مصرية.

عكاشة، أحمد وعكاشة، طارق، (2009). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

عكاشة، احمد. (1998). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.

علوي، إسماعيل وبني عيسى وزغبوش،. (2009). **العلاج النفسي المعرفي**. إربد: عالم الكتب الحديث.

علي، محمد. (2012). **الاكتئاب لدى المسنين: الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل**. عمان: دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

عيسوي، إزهار. (2011). ممارسة نموذج التركيز على المهام لتحسين جودة الحيـاة للمـرأة العقيم. **مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلـوم الإنـسانية، 31**(14):653-719.

عيشور، نادية. (2006). النظام الأسري بين أسس الاستقرار ومؤشرات الصراع. **مجلة العلوم الإنسانية، 25**(1)، 116-145.

فايد، حسين. (2004). **العدوان والاكتئاب**. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

الفيومي، احمد بن محمد. (1990). **المصباح المنير في غريب الشرح الكبيـر**. القـاهرة: دار الفكر العربي.

القريطي، عبد المطلب. (2003). **في الصحة النفسية**. القاهرة: دار الفكر العربي.

القشعان، حمود والبشر، سعاد. (2009). الفروق بين الأزواج المصابين بالعقم وغير المصابين في درجة الاكتئاب لدى الأسرة الكويتية: دراسة ميدانيـة مقارنـة. **مجلـة العلـوم التربوية، 37**(1): 224- 278.

القشعان، حمود. (2000). تأثير العقم على تقدير الذات والتوافق الزواجي في الأسرة الكويتية. **مجلة كلية التربية بالمنصورة، 2**(4): 183-218.

الكايد، زهير. (2003). **اتجاهات ومستويات الخصوبة وتنظيم الأسـرة فـي الأردن**. عمـان: وزارة التنمية الاجتماعية.

كرادشة، منير. (2012). محددات العقم الزواجي في المجتمـع الأردنـي. **دراسـات العلـوم الإنسانية والاجتماعية، 39**(2): 403- 422.

الليل، محمد جعفر جمل.(2001). **مقدمة في الإرشاد الجماعي** ط (1).

ماهر احمد، سوسي، (2006). حق الزوجة في فسخ النكاح بسبب عقم زوجها. **مجلة العلوم الإسلامية بغزة: سلسلة الدراسات الإسلامية، 14**(1): 1- 37.

محمد، عادل. (2000). **العلاج المعرفي- السلوكي: أسس وتطبيقات**. القاهرة: دار الرشد للنشر والتوزيع.

المدني، عادل و إسماعيل، علي. (2010). **الطب النفسي**. القاهرة: مطبعة الرحمة للنشر والتوزيع.

مرسي، كمال. (1991). **العلاقة الزوجية والصحة النفسية**. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

مزيد، بينة. (2006).**الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بكل من الاكتئاب وتقويم الذات لدى المسنات بمدنية الرياض**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، السعودية.

المصاروة، عيسى،(2003). التوافق والتعارض بين الممارسات والرغبات والنوايا الإنجابية للمرأة الأردنية المتزوجة. **دراسات للعلوم الإنسانية والاجتماعية،30**(1): 156- 169.

المغازي، سليمان حامد. (2012). فاعلية برنامج للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى عينة من المعلمين. **مجلة الإرشاد النفسي: مركز الإرشاد النفسي، 4**(30): 238- 273.

منظمة الصحة العالمية، (1999). **المرشد في الطب النفسي**، الإسكندرية. مركز أكاديميا.

نصار، كريستين. (2006). **كيف نواجه الاكتئاب: إجراءات فعالة للتغلب على الاكتئاب**. بيروت: شركة المطبوعات.

النمرات، عروب. (2002). **العلاقة بين استخدام الانترنت والاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك والعلوم والتكنولوجيا الأردنية**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك. الأردن.

وزارة الصحة. (2013). **تقرير نسبة المواليد والوفيات في الأردن**. عمان: منشورات وزارة الصحة الأردنية.

Aflek, D. (1990). Sarah and the women's movement: The experience of infertility. **Women in Therapy, 10**(1): 196-203.

Al-Homaidan, H.(2011). Depression among women with primary Infertility attending an infertility clinic in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: Rate, severity, and contributing. **International Journal of Health Sciences, Qassim University,** 5(2):108-115

American Psychiatric Association. (2013). **Diagnosis and statistical manual of mental disorder** (fifthed). Arlington. Va: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnosis and statistical manual of mental disorder (DSM-IV).** Washington DC: APA Publications.

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnosis and statistical manual of mental disorder (DSM-IV- TR).** Washington DC: APA Publications.

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder.** Washington: American psychiatric Association.

Ashkani, H., Akbari, A., & Heydari, S. (2006). Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, Southern Iran. **Journal Indexed Medline, 60**(10): 399-406.

Beck, A. (1967). **Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects**. New York: Harper & Row.

Beck, A. (1997) **Cognitive therapies: Essential papers Psychoanalysis,** New York: University press.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G.(1979): **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press.

Bellack, A., Hersen, M., & Kazdin; E. (1985). **Handbook of Behavior modification Therapy.** Boston: Free Press.

Berg, B., & Wison, J. (1991) Psychological functioning across stages of treatment for infertility. **Journal of Behavioral Medicine,** 14(1): 11-26.

Champion, A (1992). **Adult psychological problems An introduction** NJ: The Falmer Press.

Collins, H. (1990). **Cases of depression**. Slone County: Judge Press.

Cousin, S. (2013).**The Middle East and North Africa suffer the world's highest depression rates according to new research.** Retrieved on 7/1/2014 from www. www.middleeastmonitor.com

Cousineau, E., & Domar, F. (2007). **Adult Psychological problems: An introduction.** London: The Free Press.

Dhaliwal, K., Gupta K., & Gopalan, S. (2004). Psychological aspects of infertility due to various causes - Prospective study. **International Journal of Fertility in Women,**49(5):44–8.

Fauman, C. (2002). How to lift depression quickly and safely. **Human Givens Journal,** 9(1): 1

Gilbert, P. (2000).The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. **Clinical Psychology and Psychotherapy,** 7(1):147-189.

Gourounti, K., Lykeridou, K., & Vaslamatzis, G. (2012). Increased anxiety and depression in Greek infertile women results from feelings of marital stress and poor marital communication. **Health Science Journal,** 6(1): 69-81.

Henderson C. (1999) **Importance & male health**. weekly plus. June 14 PNA.

Hilbert, B. (1998) **Infertility & involuntary childlessness**. New York: Norton Company

Hiwel, C., Band, R., Chang, Chu, Chou R., & M.(2006). The evaluation of cognitive behavioral group therapy on patient depression and self esteem. **Archives of Psychiatric Nursing. (20)**1: 3-11.

Hossein M., & Farzadi L. (2001). Evaluation of stressing factors and confronting guidelines among infertile women referring to Tabriz Alzahra Center in 1998. **Med Quart J Fertile Infertile, 3**(9): 22-66.

Ismayilova,l, Hamoud, o. Alkhasawnh, E, & El- Bassel. N. (2013). Depressive symptoms among Jordanian youth: Results of national surrey. **Community Mental Health Journal, 49** (1): 130-140.

Kheirkhah, F., Esmaelzadeh, F., Hijahmadi, A., & Rahnama,J. (2008). **Is** psychotherapy a reliable alternative to pharmacotherapy to promote the mental health of infertile women? A randomized clinical trial. **J Obstet Gynecol Reprod Biol. 141**(1):49-53.

Kousalya, K., Reddy, S., Reddy, U & Jayashree, K. (2013). Depression, anxiety and stress among infertile women and the impact of counseling on these levels. **Innovative Journal of Medical and Health Science, 3**(3): 110-112.

Kristen, L. (2000). Effective of hysterectomy on quality of life. **Obstetrics & Gynecology, 3**(3): 319-326.

Lafleur.(1979). Behavioral views of counseling .in h.m. burks, and stefflre, **theories of counseling**, New York. lmc grow hill.

Lee, T., & Sun, G. (2000). Psychological response of Chinese infertile husbands and wives. **China Medical Center Journal, 45**(3): 143-148.

Martin, J., Lang, A., & Olafsdottir, S. (2008) Rethinking theoretical approaches to stigma. Social Sciences and Medicine, 67(3): 431-440

Mascarenhas, N., Flaxman, R., Boerma, T., & Stevens, G. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. **PLOS Medical Journal, 9**(12) : 100-135.

Mial, (1986) Depression anxiety and stress among infertile women on these levels. **Journal of Medical and Health Science,2(2):** 120-133.

Mosalanejad L., & Koolee A. (2012). Looking at infertility treatment through the lens of the meaning of life: The effect of group logotherapy on psychological distress in infertile women. **International Journal of Fertility; 6**(4): 224-231.

Nabb, F., Brown, R., & Heidrich, S. (2013). Psychosocial health of infertile Ghanaian women and their infertility beliefs. **Journal of Nursing Scholarship, 45**(2):132–140.

National Health Statistics Reports. (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States. **CDC Center Journal, 67**(14): 1-19.

Nemade, R., Reiss, N., & Dombeck, M .(2007). **Psychology of depression: Behavioral theories.** Retrieved from on june/2103.
www. http://www. mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=13004&cn=5

Nilforooshan, P., Ahmadi, A., Abedi, M., & Ahmadi, M. (2006). Studying the effect of cognitive-behavioral counseling based on interacting cognitive subsystems on depression of infertile couples. **Middle East Fertility Society Journal, 11**(1): 43-47.

Noorbala, A., Ramazanzadeh, F., Malekafsali, H., Abedinia, N., Forooshani, A., Shariat, M., & Jafarabai, M. (2007). Effect of a psychological intervention on depression in infertile couples. **International Journal of Gynaecol Obseity, 101**(3):, 248-252.

Oqawa, M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. **BioPsychoSocial Medicine, 5**(15): 2-5.

Peyvandi, A., Hosseini, S., Daneshpour, S., Mohammadpour, R., & Qolam, N. (2010). The prevalence of depression, anxiety and marital satisfaction and related factors in infertile women referred to infertility clinics of Sari city in 2008. **Journal of Mazand Univ,21**(80): 26-32.

Rainwater, B. (2013). **Unremitting symptoms following MTBI: Correlations with Somatization, depression, and effort**. PHD dissertation, Regent University. USA.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat,M & Jafarabadi, M. (2004). Survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. **Women Health, 1**(1): 2-14.

Ryff. D., & Cteal, F. (2006). **Facing Infertility: Design And Evaluation Of A Mind-Body Program For Effective Emotional Support** . Paper Presented to the annual conference of women, Washington DC, 2006.

Salvatore, P. (2001). Psychological personality and martial relationship in patients undergoing in vtiro fertilization procedure. **Parma Medical Journal, 75**(6): 111-119.

Shapiro, C,H .(1988). **Infertility and pregnancy loss**. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers,

Shedler, J. (2010). **The efficacy of psychodynamic psychotherapy. American Psychologist, 65** (2): 98–109

Sher, Y., Lolak, S., & Maldonado, J. (2010).The impact of depression in heart disease. **Current Psychiatry Journal, 12**(2):255–264

Sloboda, M., Hickey, M., & Hart, R. (2010). **Reproduction in females: The role of the early life environment.** Human Reproduction Update, **17** (2): 210–227.

Tostado, C. (1997) **Men's and Women's coping with infertility,** Unpublished masters thesis. California State University; long Beach.

World health organization (2013). **Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment.** Genera, **Retrived July 2013 from** Publication NY: WHO. http://www.int/entity/medicacentre/news/notes.

World Health Organization.(2013). **The world health report 2012 – Mental health: New understanding, new hope.** NY: WHO Publication.

Yazdkhasti, F. (2011). Social skills and perceived maternal acceptance-rejection in relation to depression in infertile women. International **Journal of Fertility and Sterility,** 5(2): 72-77.

ملحق( أ)

# مقياس بيك بصورته الأولية

جامعة اليرمــــــوك
كلية التربيـــــــة
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

الأخوات الفاضلات في مركز حسين الحماد للإخصاب والمساعدة على الإنجاب

تحية طيبة وبعد:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة تحت عنوان (فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيف المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظه اربد ) استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي. يرجى التكرم بقراءة فقرات هذه الاستبانة بتمعن والإجابة عليها بوضع (X) أمام المستوى الذي يناسبك. وسوف يكون للمعلومات التي تقدمونها أثر في نتائج البحث علماً بأن هذه البيانات سوف تعامل بسرية تامة وسوف تُستخدم لغايات البحث العلمي فقط. لذا أرجو تعبئة البيانات بوضع إشارة ( X ) في المكان الذي تنطبق عليه حالتُك:

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

الباحثة
ميسون الشهابات

- تعليمات الإجابة:

العمر:..............................

الجنس:..............................

المهنة:..............................

المستوى التعليمي:..............................

التخصص العلمي:..............................

تتضمن هذه القائمة (21) مجموعة من العبارات. المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها العبارة التي تصف بطريقة أفضل مشاعرك ومزاجك خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها (0، 1، 2، 3)، وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد انك تختار دائماً عبارة واحدة فقط في كل مجموعة.

| | | |
|---|---|---|
| 1 | الحزن | 0- لا أشعر بالحزن.<br>1- أشعر بالحزن بعض الوقت.<br>2- أشعر بالحزن معظم الوقت.<br>3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحملها. |
| 2 | التشاؤم | 0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.<br>1- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.<br>2- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.<br>3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأن الأمور ستزداد سوء. |
| 3 | الفشل السابق | 0- لا أشعر بأني إنسانة فاشلة.<br>1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي.<br>2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى فيها كثيراً من الفشل.<br>3- أشعر أني إنسانة فاشلة تماماً. |
| 4 | فقدان الاستمتاع بالحياة | 0- استمتع بحياتي الآن بنفس قدر استمتاعي بها من قبل.<br>1- لا استمتع بالحياة بالقدر الذي اعتدت عليه.<br>2- أحصل على قدر من الاستمتاع بالحياة أقل مما تعودت عليه.<br>3- لا أستطيع الاستمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع بها من قبل. |
| 5 | مشاعر الإثم (تأنيب الضمير) | 0- لا أشعر بالذنب.<br>1- أشعر بالذنب لأشياء عديدة قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أفعل.<br>2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات.<br>3- أشعر بالذنب في كل الأوقات. |
| 6 | الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى | 0- أشعر بأنني لا يمكن أن أتعرض للعقاب أوالأذى.<br>1- أشعر بأنني يمكن أن أتعرض قليلاً للعقاب والأذى.<br>2- أشعر بأنني سوف أتعرض كثيراً للعقاب والأذى.<br>3- أشعر بأنني سوف أتعرض دائماً للعقاب والأذى. |

| | | |
|---|---|---|
| 7 | عدم حب الذات | 0- شعوري نحو نفسي طبيعي.<br>1- فقدت الثقة بنفسي.<br>2- أصبت بخيبة أمل في نفسي.<br>3- أكره نفسي. |
| 8 | نقد الذات ولومها | 0- لا انتقد و لا ألومها.<br>1- أنتقد نفسي وألومها أكثر مما تعودت.<br>2- أنتقد نفسي وألومها على كل أخطائي.<br>3- أنتقد نفسي وألومها على كل ما يحدث لي من أشياء سيئة. |
| 9 | الأفكار والرغبات الانتحارية | 0- ليس لدي أي أفكار للانتحار.<br>1- لدي أفكار للانتحار ولكن لا أرغب بتنفيذها.<br>2- تراودني فكرة الانتحار من حين إلى آخر.<br>3- قد انتحر لو سنحت لي الفرصة. |
| 10 | البكاء | 0- لا أبكي أكثر من المعتاد.<br>1- أشعر بالرغبة في البكاء.<br>2- أبكي أكثر مما تعودت.<br>3- أبكي كثيراً. |
| 11 | الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار) | 0- أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت.<br>1- أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عالية.<br>2- أتهيج وأثور إلى درجة أنه يصعب علي معها البقاء مستقرة.<br>3- أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما. |
| 12 | الانسحاب الاجتماعي (فقدان الاهتمام) | 0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.<br>1- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.<br>2- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبالأنشطة العادية.<br>3- فقدت كل اهتمامي بالآخرين وبالأنشطة العادية. |

| | | |
|---|---|---|
| 13 | التردد في اتخاذ القرارات | 0- اتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها.<br>1- لا أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.<br>2- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه.<br>3- لا أستطيع اتخاذ أي قرار. |
| 14 | انعدام القيمة | 0- لست عديمة القيمة.<br>1- لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون.<br>2- أشعر أني عديمة القيمة مقارنة بالآخرين.<br>3- أشعر أني عديمة القيمة تماماً. |
| 15 | فقدان الطاقة على العمل | 0- لدي نفس القدر من الطاقة التي تعوّدت عليها.<br>1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعوّدت عليه.<br>2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.<br>3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء. |
| **16** | تغيرات في نظام النوم | 0- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي.<br>1- أنام أكثر أو أقل مما تعودت عليه.<br>2- أنام أقل أو أكثر مما تعودت عليه بشكل كبير.<br>3- أ- أنام معظم اليوم.<br>ب- أستيقظ من نومي مبكراً ، ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى. |
| 17 | القابلية للغضب أو الانزعاج | 0- أغضب بدرجة عادية.<br>1- أغضب أكثر مما تعوّدت.<br>2- أغضب أكثر بكثير مما تعوّدت.<br>3- أغضب طوال الوقت. |

| | | |
|---|---|---|
| 18 | تغيرات في الشهية | 0- لم يحدث أي تغير في شهيتي.<br>1- شهيتي أقل أو أكثر مما تعوّدت عليه.<br>2- شهيتي أقل أو أكثر مما تعوّدت عليه بشكل كبير.<br>3- أ- ليست لدي شهية على الإطلاق.<br>ب- لدي شهية قوية طوال الوقت. |
| 19 | صعوبة التركيز | 0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعوّدت.<br>1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة التي تعودت عليها.<br>2- من الصعب عليّ أن أركز على أي شيء لمدة طويلة.<br>3- أجد نفسي غير قادرة على التركيز على أي شيء. |
| 20 | الإرهاق أو الإجهاد | 0- لست أكثر إرهاقاً أو إجهاداً مما تعوّدت.<br>1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عند عمل الكثير من الأشياء التي تعوّدت عليها.<br>2- يعيقني الإرهاق والإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعوّدت عليها.<br>3- أنا مرهقة ومجهدة جداً بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها. |
| 21 | فقدان الاهتمام بالجنس | 0- إن اهتمامي بالعلاقة الجنسية عادي في هذه الأيام.<br>1- أناكثر اهتماماً بالعلاقة الجنسية في هذه الأيام مما تعوّدت أن أكون.<br>2- أنا أقل اهتماماً بالعلاقة الجنسية في هذه الأيام مما تعودت عليه.<br>3- لقد فقدت الاهتمام بالعلاقة الجنسية تماماً. |

# ملحق (ب)

## مقياس بيك بصورته النهائية

جامعة اليرمـــــــوك
كلية التربيـــــــــة
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

الأخوات الفاضلات في مركز حسين الحماد للإخصاب والمساعدة على الإنجاب

تحية طيبة وبعد:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة تحت عنوان (فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظه اربد ) استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي. يرجى التكرم بقراءة فقرات هذه الاستبانة بتمعن والإجابة عليها بوضع (X) أمام المستوى الذي يناسبك. وسوف يكون للمعلومات التي تقدمونها أثر في نتائج البحث علماً بأن هذه البيانات سوف تعامل بسرية تامة وسوف تُستخدم لغايات البحث العلمي فقط. لذا أرجو تعبئة البيانات بوضع إشارة ( X ) في المكان الذي تنطبق عليه حالتُك:

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

الباحثة

ميسون الشهابات

**تعليمات الإجابة:**

**العمر:.............................**

**المؤهل العلمي:.......................**

**صلة القرابة:...........................**

**مدة الزواج:............................**

تتضمن هذه القائمة (21) مجموعة من العبارات. المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها العبارة التي تصف بطريقة أفضل مشاعرك ومزاجك خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها (0، 1، 2، 3)، وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد انك تختار دائماً عبارة واحدة فقط في كل مجموعة.



| | | |
|---|---|---|
| 1 | الحزن | 0- لا أشعر بالحزن.<br>1- أشعر بالحزن بعض الوقت.<br>2- أشعر بالحزن معظم الوقت.<br>3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحملها. |
| 2 | التشاؤم | 0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.<br>1- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.<br>2- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.<br>3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأن الأمور ستزداد سوء. |

| | | |
|---|---|---|
| 3 | الفشل السابق | 0- لا أشعر بأني إنسانة فاشلة.<br>1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي.<br>2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى فيها كثيراً من الفشل.<br>3- أشعر أني إنسانة فاشلة تماماً. |
| 4 | فقدان الاستمتاع بالحياة | 0- استمتع بحياتي الآن بنفس قدر استمتاعي بها من قبل.<br>1- لا استمتع بالحياة بالقدر الذي اعتدت عليه.<br>2- أحصل على قدر من الاستمتاع بالحياة أقل مما تعودت عليه.<br>3- لا أستطيع الاستمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع بها من قبل. |
| 5 | مشاعر الإثم (تأنيب الضمير) | 0- لا أشعر بالذنب.<br>1- أشعر بالذنب لأشياء عديدة قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أفعل.<br>2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات.<br>3- أشعر بالذنب في كل الأوقات. |
| 6 | الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى | 0- أشعر بأنني لا يمكن أن أتعرض للعقاب أوالأذى.<br>1- أشعر بأنني يمكن أن أتعرض قليلاً للعقاب والأذى.<br>2- أشعر بأنني سوف أتعرض كثيراً للعقاب والأذى.<br>3- أشعر بأنني سوف أتعرض دائماً للعقاب والأذى. |
| 7 | عدم حب الذات | 0- شعوري نحو نفسي طبيعي.<br>1- فقدت الثقة بنفسي.<br>2- أصبت بخيبة أمل في نفسي.<br>3- أكره نفسي. |

| | | |
|---|---|---|
| 8 | نقد الذات ولومها | 0- لا انتقد و لا ألومها.<br>1- أنتقد نفسي وألومها أكثر مما تعودت.<br>2- أنتقد نفسي وألومها على كل أخطائي.<br>3- أنتقد نفسي وألومها على كل ما يحدث لي من أشياء سيئة. |
| 9 | الأفكار والرغبات الانتحارية | 0- ليس لدي أي أفكار للانتحار.<br>1- لدي أفكار للانتحار ولكن لا أرغب بتنفيذها.<br>2- تراودني فكرة الانتحار من حين إلى آخر.<br>3- قد انتحر لو سنحت لي الفرصة. |
| 10 | البكاء | 0- لا أبكي أكثر من المعتاد.<br>1- أشعر بالرغبة في البكاء.<br>2- أبكي أكثر مما تعودت.<br>3- أبكي كثيراً. |
| 11 | الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار) | 0- أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت.<br>1- أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عالية.<br>2- أتهيج وأثور إلى درجة أنه يصعب علي معها البقاء مستقرة.<br>3- أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما. |
| 12 | الانسحاب الاجتماعي (فقدان الاهتمام) | 0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.<br>1- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.<br>2- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبالأنشطة العادية.<br>3- فقدت كل اهتمامي بالآخرين وبالأنشطة العادية. |
| 13 | التردد في اتخاذ القرارات | 0- اتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها.<br>1- لا أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.<br>2- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه.<br>3- لا أستطيع اتخاذ أي قرارات. |

| | | |
|---|---|---|
| 14 | انعدام القيمة | 0- لست عديمة القيمة.<br>1- لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون.<br>2- أشعر أني عديمة القيمة مقارنة بالآخرين.<br>3- أشعر أني عديمة القيمة تماماً. |
| 15 | فقدان الطاقة على العمل | 0- لدي نفس القدر من الطاقة التي تعوّدت عليها.<br>1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعوّدت عليه.<br>2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.<br>3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء. |
| **16** | تغيرات في نظام النوم | 0- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي.<br>1- أنام أكثر أو أقل مما تعودت عليه.<br>2- أنام أقل أو أكثر مما تعودت عليه بشكل كبير.<br>3- أ- أنام معظم اليوم.<br>ب- أستيقظ من نومي مبكراً، ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى. |
| 17 | القابلية للغضب أو الانزعاج | 0- أغضب بدرجة عادية.<br>1- أغضب أكثر مما تعوّدت.<br>2- أغضب أكثر بكثير مما تعوّدت.<br>3- أغضب طوال الوقت. |
| 18 | تغيرات في الشهية | 0- لم يحدث أي تغير في شهيتي.<br>1- شهيتي أقل أو أكثر مما تعوّدت عليه.<br>2- شهيتي أقل أو أكثر مما تعوّدت عليه بشكل كبير.<br>3- أ- ليست لدي شهية على الإطلاق.<br>ب- لدي شهية قوية طوال الوقت. |

| | | |
|---|---|---|
| 19 | صعوبة التركيز | 0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعوّدت.<br>1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة التي تعودت عليها.<br>2- من الصعب عليّ أن أركز على أي شيء لمدة طويلة.<br>3- أجد نفسي غير قادرة على التركيز على أي شيء. |
| 20 | الإرهاق أو الإجهاد | 0- لست أكثر إرهاقاً أو إجهاداً مما تعوّدت.<br>1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عند عمل الكثير من الأشياء التي تعوّدت عليها.<br>2- يعيقني الإرهاق والإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعوّدت عليها.<br>3- أنا مرهقة ومجهدة جداً بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها. |
| 21 | فقدان الاهتمام بالجنس | 0- إن اهتمامي بالعلاقة الجنسية عادي في هذه الأيام.<br>1- أناالكثر اهتماماً بالعلاقة الجنسية في هذه الأيام مما تعوّدت أن أكون.<br>2- أنا أقل اهتماماً بالعلاقة الجنسية في هذه الأيام مما تعودت عليه.<br>3- لقد فقدت الاهتمام بالعلاقة الجنسية تماماً. |

# ملحق (ج)

## البرنامج الإرشادي الجمعي ( المعرفي السلوكي) بصورته الأولية

برنامج إرشادي جمعي تدريبي لتخفيف المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد.

**التعريف بالبرنامج:**

هو عبارة عن مجموعة من الجلسات الإرشادية التدريبية المنظمة زمنياً، والمعدة نظرياً وفقاً للاتجاه المعرفي السلوكي بهدف لتخفيف المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد، وستقوم الباحثة (المرشدة) بإدارة تلك الجلسات.

**أهداف البرنامج:**

يهدف برنامج التدخل الإرشادي المعرفي السلوكي إلى:

- تخفيف حدة المشاعر الاكتئابية لدى السيدات المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد.
- محاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية المرافقة للاكتئاب الذي تصاب به السيدة المحرومة من الإنجاب.
- استخدام الأساليب العلاجية الإرشادية المعرفية السلوكية المناسبة والأكثر فعالية للتخفيف من حدة التوتر والقلق والاكتئاب لهذه الفئة من السيدات الأردنيات.
- مساعدة المرشدين في المملكة الأردنية الهاشمية في عملهم من خلال تقديم برنامج تم التأكد من فاعليته للتعامل مع هذه الفئة من السيدات وخصوصاً في ظل عدم توفر دراسات وبرامج في هذا المجال في البيئة المحلية.

**الأهداف العامة للبرنامج**

يتحقق ذلك من خلال الأهداف الإجرائية الآتية:

3) تحسين وعي وإدراك السيدات بالمتغيرات النفسية التي لها علاقة بحالتهن وتأثير ذلك على حالتهن الصحية جسدياً ونفسياً.

4) مناقشة الأخطار التي تؤثر على السيدة المحرومة من الإنجاب معرفياً وسلوكياً وتدفعها إلى الانطواء أو التفكير بأساليب غير منطقية وتعديل هذه السلوكيات.

5) تحديد جميع الانفعالات والسلوكيات غير المناسبة والتي تؤدي للاكتئاب وتدفع السيدة إلى إهمال العلاج، ودفع السيدة نحو الانفعال المناسب مع المواقف والأحداث.

6) إقناع السيدة المحرومة من الإنجاب بوجوب مواجهة وضعها الحالي والتعرف إلى الحالة الصحية والنفسية من مختلف جوانبها لتمكينها من مواجهة الاكتئاب.

7) إقناع السيدة المحرومة من الإنجاب بأن المعتقدات والأفكار ذات الصلة هي التي تؤدي حتماً إلى الاضطرابات الانفعالية والمعرفية والسلوكية وبالتالي تؤثر على الحالة الصحية لها.

يعتمد البرنامج الإرشادي التدريبي على مجموعة من المبادئ التربوية العامة التي توجه سير جلسات البرنامج، كما وتوجه سير الباحثة (المرشدة) أثناء تطبيق البرنامج، ويتوقع أن تجعل هذه المبادئ من البرنامج عملية تفاعلية ونشطة تستثير وتُحفّز المشاركات على الحضور والمشاركة الفاعلة في البرنامج ومحتواه، ومن هذه المبادئ :رفع مستوى الدافعية لدى المشاركات، وجذب انتباههن أثناء التدريب، وتوفير جو آمن ومريح لهن، العمل الجماعي لهن، وتشجيع التفاعل بينهن.

**المدة الزمنية للبرنامج:**

يطبق البرنامج لمدة شهرين وبواقع جلستين أسبوعياً، ومدة كل جلسة (90) دقيقة، وسيكون عدد جلسات البرنامج (14) جلسة.

**المواد المستخدمة في تنفيذ البرنامج:**

سيتم تنفيذ البرنامج بشكل يضمن سهولة وفاعلية التطبيق، واستخدام مجموعة من المواد مثل:

- السبورة البيضاء والأقلام الخاصة بها.
- أوراق بيضاء وأقلام حبر جافة.
- كرتون مقوى.
- ورق ملون.
- بطاقات.
- حاسوب.
- أشرطة سمعية وبصرية.
- مواد أخرى.

**مكان وتاريخ تنفيذ البرنامج:**

يُنفذ البرنامج ويُطبق في أحدى قاعات مركز الإخصاب في مستشفى إربد التخصصي وذلك خلال الفصل الثاني من العام الأكاديمي 2014/2013 بحيث يكون البدء بتطبيقه من تاريخ / / إلى تاريخ / / ؛ أي لمدة شهرين بواقع جلستين أسبوعياً.

**الاستراتيجيات العامة المستخدمة في البرنامج:**

| | |
|---|---|
| المناقشة والحوار | العصف الذهني |
| التغذية الراجعة | النمذجة |
| لعب الدور | التدريب على المهارات |
| الواجب البيتي | التكيف المعرفي |
| إعادة البناء المعرفي | |

## الجلسة الأولى: بناء العلاقة الإرشادية "1"

**مدة الجلسة: (90) دقيقة**

**أهداف الجلسة:**

1. أن تتعرف أعضاء المجموعة الإرشادية على بعضهم البعض وعلى المرشدة.
2. إيجاد جو من الألفة بين المشاركات من خلال نشاطات كسر الجليد.
3. أن تتعرف المشاركات على أهداف البرنامج الإرشادي وطبيعته.
4. أن تتفق المشاركات على زمان الجلسة، ومكانها، ومدتها، واحترام الوقت والالتزام به لنجاح سير الجلسة.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، السبورة البيضاء، الكرتون المقوى، البطاقات الملونة.

**استراتيجيات الإرشاد:**

المناقشة والحوار، الجلسة الودية

**الإجراءات:**

- **الإجراء الأول: (30) دقيقة.**

-تستقبل المرشدة المشاركات في مكان أُعد مسبقًا لتنظيم اللقاءات الإرشادية، وتقوم بالتعريف بنفسها، وتقول المرشد :أهلا بكن في اللقاء الأول من برنامج الإرشاد الجمعي الذي أُعد لنتدرب من خلاله على بعض المهارات التي نحتاجها في حياتنا وبخاصة تلك الموجهة نحو تخفيف المشاعر الاكتئابية لديكن.

- تطلب المرشدة من المشاركات تقديم أنفسهن من حيث (الاسم، العمر، الهوايات، الطموحات).

يطلب المرشد من المشاركين تقديم أنفسهم من حيث الاسم والعمر والهوايات والطموحات.

- تطبق المرشدة نشاط المرآة بالتعاون مع أحد المشاركات، والذي يتضمن قيام المشاركة بأداء بعض الحركات باليدين، وتقوم المرشدة بتقليد تلك الحركات، ومن ثم تعلق المرشدة **(أنا مرآتك، أنا أتقبلك كما أنت، وأتعامل معك كما أنت)**، ثم تطلب المرشدة من اثنتين من المشاركات للقيام بالنشاط نفسه، ثم اثنتين أخريين بهدف زيادة الألفة بين أفراد المجموعة الإرشادية.

**- الإجراء الثاني: (30) دقيقة**

تنفذ المرشدة تمرين (كشف التوقعات)، حيث توزع كشف التوقعات على المشاركات على شكل بطاقة كالآتي:

بطاقة رقم (1)

**المشاركات العزيزات: أنتن جزء من فعاليات هذا البرنامج الإرشادي الذي لا يتم إلا بكن وبتعاونكن ومشاركتكن، فلكي نستفيد منه ونتغلب على العقبات جميعها، لا بد من التواصل الجيد وتنفيذ الأنشطة والفعاليات الموجودة، ولا بد أيضًا أن نتفاعل مع المجموعة ونقدم العون والدعم المتبادل، وأنا لدي الثقة بكن وبقدراتكن وتجاوبكن. أرجو منكن أن تكتبوا الاسم وتنتبهوا جيدًا للأسئلة الآتية:**

**1) ما سبب انضمامك للبرنامج الإرشادي.**

**2) ما التغيير الذي تتأملينه وتتطلعين إليه.**

**3) ما هو الدور الذي تتوقعين أن تقوم به في هذه المجموعة؟**

تقوم المرشدة بتوضيح مفهوم الإرشاد بشكل عام، والإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي بوجه خاص. وذلك من خلال توزيع بطاقات على المشاركات، وتكون البطاقة على النحو الآتي:

**بطاقة رقم (2)**

**المشاركة : يعرف الإرشاد بصورة عامه بأنه عملية تعليمية تعلمية تستهدف مساعدة الفرد في فهم ذاته ومعرفة خبراته وتحديد مشكلاته والتغلب عليها**

**، ويسعى الإرشاد إلى تحقيق أهداف كثيرة، منها: *تسهيل عملية تغيير السلوك * .تنمية طاقات المسترشد. *زيادة مهارات المواجهة * .التعامل مع المواقف والضغوط. *توافق الفرد مع ذاته وبيئته * تخفيض المشاعر السلبية والاكتئابية *تحسين العلاقات الشخصية.**

**أما مفهوم الإرشاد الجمعي فيمكن أن يعرف على أنه عملية تفاعل بين الأفراد الذين يعانون من صعوبات وخصائص مشتركة، بمعنى اجتماع مجموعة من الأفراد لديهم مشكلة واحدة يعملون سويًا لتخفيف حدة المشكلة ، والعمل على التغلب عليها، ويمكن أن يساعد الإرشاد الجمعي على التنفيس عن انفعالات الأعضاء وزيادة استبصارهم بمشكلاتهم والتعبير عن مشاعرهم وتغيير اعتقاداتهم الخاطئة.**

وفي هذه المرحلة تقدم المرشدة تعريفاً بهذا البرنامج الإرشادي حيث تقول: إن هدف البرنامج الإرشادي تخفيف حدة المشاعر الاكتئابية لديكن والناتجة عن عدم القدرة على الإنجاب، إضافة إلى التخفيف من حدة الآثار السلبية المرافقة للاكتئاب الذي تصاب به السيدة المحرومة من الإنجاب بشكل عام.

**– الإجراء الثالث: (20) دقائق**

تذكّر المرشد المشاركات بأن أي عمل جماعي لابد أن تحكمه معايير وشروط وقوانين، لتجنب أي خلافات مستقبلية بإذن الله، وأنه من المهم الاطلاع على عقد الاتفاق والتوقيع عليه، ثم تكرر المرشدة شكرها وتقديرها للمشاركات على حضورهن وتفاعلهن الايجابي، وتذكرهن بموعد الجلسة القادمة وتختم الجلسة.

## نموذج عقد الاتفاق

الاسم: العمر:

**يهدف هذا العقد إلى تنظيم عمل الجماعة، وقد تم الاتفاق بين المرشد والمشاركين في البرنامج على ضرورة الالتزام بالشروط التالية:**

**1- حضور الجلسات في المواعيد المحددة**

**2- الحفاظ على السرية التامة لما يدور داخل الجلسات**

**3- الاحترام المتبادل**

**4- الحرص على الاستفادة من البرنامج**

**أوافق أنا المسترشدة/ ........................................ على ما تم الاتفاق عليه مع الأعضاء**

**المشاركات في البرنامج والمرشد، وعلى ذلك أوقع ............**

**الواجب البيتي: (10) دقائق:**

تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تكتب توقعاتها من البرنامج الإرشادي لم يتم ذكرها في الجلسة، وإحضارها في الجلسة القادمة لمناقشتها.

## الجلسة الثانية: بناء العلاقة الإرشادية "2"

**مدة الجلسة: (90) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. توعية المشاركات بقواعد السلوك في البرنامج الإرشادي.
2. مناقشة عوامل نجاح البرنامج الإرشادي، مثل السرية والمواظبة على الحضور، والمشاركة وتقديم التغذية الراجعة بين المشاركات.
3. مناقشة توقعات المشاركات حول البرنامج الإرشادي.
4. التعريف بمفهوم الاكتئاب وتأثيره الحالي والمستقبلي.
5. التعريف بدور المشاعر الاكتئابية في فقدان اللذة بالحياة ومعناها.
6. مناقشة المشاركات بالعوامل التي يمكن أن تساهم في تطوير الاكتئاب وعلاقة هذه العوامل بالحرمان من الإنجاب.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة.

**إستراتيجيات الإرشاد:**

1. المناقشة والحوار 2. العصف الذهني 3. التغذية الراجعة

**الإجراءات:**

**الإجراء الأول: ( 30) دقيقة.**

- تقوم المرشدة بمناقشة أهم محاور الجلسة السابقة، وبالتعاون مع أعضاء المجموعة الإرشادية، وتقوم المرشدة بالإجابة على أسئلتهن والتركيز على الأدوار الإيجابية

والتفاعل بينهن عن طريق التغذية الراجعة، والإجابة عن أية استفسارات بخصوص الجلسة السابقة.

- تتم مناقشة الواجب البيتي السابق، وتقوم المرشدة هنا بالتأكيد للسيدات أن تحقيق التوقعات هو مسؤولية الجميع دون استثناء.
- تقوم المرشدة بالتعاون مع المشاركات بصياغة قواعد وتعليمات سلوكية خاصة بالجلسات الإرشادية وتقديمها على شكل لوحة يتم تعليقها بمكان مناسب للجميع.
- تتم قراءة جميع القواعد من قبل السيدات وكتابتها وتعليقها على الحائط لتشكل مرجعية للعمل.

**- الإجراء الثاني: ( 20 )دقيقة.**

-تعرّف المرشدة الاكتئاب، وتوضح مدى خطورته وتأثيره النفسي، والتعريف بأعراضه، وتوضيح العوامل التي ربما أنها تكون أحد الأسباب في مرض الاكتئاب وعلاقة هذه العوامل بعدم القدرة على الإنجاب.

- تقوم المرشدة باستثارة تفكير السيدات من خلال لعبة صغيرة او مهمة كتابة أعراض الاكتئاب على أوراق ملونة، ثم تقدم هدية صغيرة لمن تكتب الأعراض بشكل أفضل وأجمل، والهدف هنا استثارة التفكير لدى المشاركات في البرنامج والاستمتاع بالأنشطة والإحساس بقيمتها.

- تشرح المرشدة العوامل المسببة للاكتئاب ، وتوزع بطاقة حول عوامل الاكتئاب على النحو الآتي:

## بطاقة رقم (3)

| |
|---|
| 1- عوامل وراثية مثل دور العوامل البيولوجية في الجسم ، ووراثة بعض الجينات أو الاستجابة لبعض أنواع الأدوية المضادة للاكتئاب<br>2- عوامل بيئية تسببها مواقف الحياة المختلفة سواءً كانت هذه العوامل أسرية أو اجتماعية أو صحية أو اقتصادية.<br>3- التفكير المشوه. |

**الإجراء الثالث: ( 20 ) دقيقة.**

-تطلب المرشدة من المشاركات في البرنامج أن يشاركن في أي نشاط ترفيهي أو رياضي، أو اجتماعي، لكي يتحدثن عن التغيرات المزاجية الايجابية التي حدثت لهن بعد القيام بالنشاط.

الواجب البيتي: (5) دقائق:

- كتابة أفكار محددة حول التغيرات المزاجية الايجابية التي حدثت للمشاركات بعد المشاركة بالنشاط الترفيهي.

**الجلسة الثالثة: دور التخيل العقلي في مشاعر وسلوكات المشاركة**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. أن تعرف المشاركات أن كل التخيلات العقلية تشكل وسائلاً مثيرة للمشاعر.

2. أن تشعر المشاركات أنفسهن بشعور سلبي وغير ملائم كرد فعل لموقف معين.

3. أن تعكس المشاركات هذه المشاعر ويندمن عليها ويعزمن على تغيير هذا السلوك.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة.

**إستراتيجيات الإرشاد:**

1. المناقشة والحوار 2. لعب الدور 3. التغذية الراجعة

**الإجراءات:**

**الإجراء الأول: ( 20 ) دقيقة.**

- ترحب المرشدة بالمشاركات مع الابتسامة والبشاشة والسؤال عن أحوالهن وأحوال أسرهن.
- تناقش المرشدة المشاركات بالواجب السابق، . ما نوع الأنشطة التي قمن بها في البرنامج؟ وما هي أهم التغيرات التي تم تسجيلها بعد القيام بالنشاط؟ وهل سيكررن هكذا نشاط في فرص قادمة؟
- تبين المرشدة دور الأنشطة في الحياة على الصحة النفسية ، والتفاعل الاجتماعي، ودور ارتباط الأنشطة بالذكريات الجميلة.

- **الإجراء الثاني: (15) دقيقة:**

- تبين المرشدة للمشاركات أهمية التخيل ومتعته.

- تطلب من المشاركات تخيل الحياة جامدة بدون أنشطة ترفيهية ورياضية واجتماعية، وكيف ستكون مملة.

- تستمع للإجابات وتترك الحرية للمشاركات في البرنامج بالنقاش والحوار والتفاعل فيما بينهن.

- تقارن المرشدة والمشاركات بين السيدة الكسولة والنمطية وبين السيدة الرياضية والقادة على التواصل مع الآخرين اجتماعياً من حيث المظهر العام والتحمل والصحة الجسدية والنفسية.

- يجب ان يكون الحوار والتفاعل بين المرشدة والمشاركات من جهة، وبين المشاركات من جهة أخرى حراً وبناءً ويسوده جو المرح والمتعة.

- **الإجراء الثالث: (20) دقيقة**

- توزع المرشدة أوراق بيضاء وملونة وأقلام على المشاركات.

- تطلب من كل مشاركة أن تسجل مشاعرها السلبية حول موقف مرتبط بالإنجاب مر معهن سابقاً.

- بعد الانتهاء من تسجيل المشاعر السلبية تغلق كل مشاركة الورقة. ثم تجمع المرشدة الإجابات وتقوم بوضعها في صندوق.

- تعيدها مرة أخرى للمشاركات في البرنامج بطريقة عشوائية، وتجعل كل مشاركة تقرأ الورقة التي بيدها، وعضوه أخرى تقوم بعكس هذه المشاعر السلبية إلى مشاعر إيجابية وكتابتها على ورقة زاهية ملونة وتعزز المرشدة الإجابات الصحيحة وتصوب الإجابات الخاطئة.

**الواجب البيتي (5) دقائق**

تعطي المرشدة المشاركات في البرنامج الواجب البيتي بأن تقوم كل مشاركة بتدريب نفسها على التخيلات العقلية الإيجابية حول الاستفادة من برنامج خفض الاكتئاب، ثم تدون المشاعر الإيجابية التي تشعر بها.

- تذكر الأعضاء بموعد الجلسة القادمة وتنهي الجلسة بالثناء على الجميع.

## الجلسة الرابعة: تفنيد الأفكار اللاعقلانية "1"

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الفكرة اللاعقلانية:** يمكن للسيدة المحرومة من الإنجاب أن تحقق سعادتها في البيت عن طريق التجاهل والخمول والكسل وتجنب الناس.

أهداف الجلسة:

1. أن تتعرف المشاركات على ماهية الفكرة اللاعقلانية.
2. أن تناقش المشاركات الأسباب التي تجعل هذه الفكرة لاعقلانية، وكذلك النتائج التابعة لها .
3. أن يتدربن على نموذج تنفيذ الفكرة اللاعقلانية للوصول إلى نتائج أكثر منطقية .
4. إعطاء الواجب البيتي وإنهاء الجلسة.

**الأدوات المستخدمة:**

أوراق، أقلام، بطاقات بيضاء وملونة، حاسوب

**إستراتيجيات الإرشاد:**

طرح الأسئلة، التدريب بنموذج، الحوار والمناقشة من خلال العصف الذهني.

- **الإجراء الأول: (20) دقيقة.**

- تستقبل المرشدة المشاركات باهتمام وترحب بهن وتسأل عن أحوالهن.

- مناقشة الواجب البيتي السابق حول التخيلات وايجابيتها، وكيفية تحقيق السعادة كنتيجة لها.

- توضح المرشدة بكلمات مبسطة مفهوم الفكرة اللاعقلانية وأنها غير منطقية لأن الفرد بدون المشاركة والتفاعل الإيجابي مع الآخرين يعرض نفسه للعزلة والانطواء ويطور أفكار اكتائبية، ولن يستطيع التسلية من غير المشاركة بالمرح والنكات والأنشطة الرياضية.

- توزع المرشدة بطاقة توضح فيها مفهوم الفكرة اللاعقلانية

**بطاقة (4)**

إن الأفكار اللاعقلانية هي تصورات لامنطقيه يحكم الفرد من خلالها على الأحداث في اغلب الظروف وتتمثل في:

السلبية : فمثل هؤلاء الأفراد يعتقدون أن تعاستهم تأتي من ظروف خارج إرادتهم فسوء الحظ هو سبب الفشل وليس بمقدورهم التغلب على هذه الظروف لأنها أقوى منهم وان النجاح لا يمكن إدراكه إذا لم يكن المرء محظوظا.

الانهزامية : هي نمط من الشخصية تتجنب صعوبات الحياة ومسؤولياتها بدل مواجهتها والانهزاميون يبحثون عن الراحة قبل كل شيء وآراؤهم تؤكد على عدم الوقوف بوجه القوي حتى وان كانوا مظلومين ...فالحياة قصيرة ويجب ألا نقضيها بمواجهة الصعوبات وعلى الإنسان أن يبقى في الخلف حتى لا يكون بمواجهة الآخرين

الاتكالية : حيث يعتمد الاتكالي على الآخرين لأنه يعتقد أن هذا يجعل أمور الحياة مريحة وهو في مآسي الأيام السابقة ويعتقد أن السلوك الحاضر يتحدد مسبقا ولا يمكن تغييره وان الإنسان محكوم بقدره .

ضيق الأفق : الأشخاص الذين يتصفون بضيق الأفق يملكون حلولا جاهزة أو قوالب للمشكلات التي تواجههم وهم يستلون واحده منها عند الحاجة فمثاليتهم متحجرة- إن صح التعبير - فهناك حل نموذجي لكل مشكلة وهم إن لم يصلوا إلى مثل هذا الحل ، تحدث الكارثة من وجهة نظرهم . وهذا يشير بوضوح إلى عدم الاتزان الانفعالي وضعف الجهاز النفسي لهؤلاء .

عدم التسامح : وهؤلاء يؤمنون بالعقاب الصارم وسيلة وحيدة لتصحيح الأخطاء وبالذات الحدود القصوى للعقوبة ولا يستطيعون أن يغفروا لمن أساء إليهم حتى ان كان الخطـأ بسيطا ، ومن

وجهة نظرهم لابد من نبذ المخطئ والتشهير به .

شدة الحساسية: ويلاحظ على هذا النوع من الأشخاص أنهم منشغولون بشكل دائم بهمومهم حيث لا تفارقهم الأفكار السوداوية عن المخاطر التي من المحتمل أن يقعوا فيها والفشل بما سوف يقومون به من أعمال أكثر من تفكيرهم بالنجاح وتستحوذ على خيالاتهم الفواجع التي من الممكن ان تحدث مثل موت الأحبة والتعرض للدهس والسرقة ....الخ

**- الإجراء الثاني: (15) دقيقة:**

تطلب المرشدة من المشاركات في البرنامج الإجابة على الأسئلة الآتية:

- هل نستطيع تحويل الفكرة اللاعقلانية التي تقول: إنك تصل إلى أقصى السعادة الإنسانية بالخمول والكسل وعدم العمل أو بتسلية نفسك دون الالتزام بشي إلى فكرة عقلانية؟
- ما هي المكاسب التي يجنيها الفرد عندما يتمسك بهذه الفكرة اللاعقلانية؟
- كيف تساهم هذه الفكرة اللاعقلانية في تطوير الأعراض الاكتئابية لديكن والناتجة عن الحرمان من الإنجاب؟

**- الإجراء الثالث (20) دقيقة:**

-تقوم المرشدة في عرض نموذج على المشاركات في البرنامج موضحة فيه طريقة تفنيد هذه الفكرة ودحضها. مبينة في النموذج الحدث، ثم الفكرة اللاعقلانية، ثم النتائج السلوكية والانفعالية.

– يمكن للمرشدة الاستعانة ببرمجية محوسبة تحتوي على الصورة والصوت لاستثارة دافعية المشاركات وحفزهن للانتباه.

**نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية :**

**A- الأحداث والمثيرات البيئية Activating events :**

تقاعست سيدة محرومة من الإنجاب عن القيام بواجباتها الاجتماعية وممارسة المشي والنشاط الرياضي وتجنب الناس مما أصابها بالملل والسمنة والخوف والقلق.

**B - الفكرة اللاعقلانية :Irrational Beliefs**

يستطيع الفرد أن يصل إلى أقصى السعادة الإنسانية بالخمول والكسل وعدم العمل أو بتسلية نفسه دون الالتزام بشي

**C- النتائج Consequences :**

1- زيادة في الوزن وضعف عام في القدرات الجسمية .

2- كآبة وملل وحرمان من التفاعل الإيجابي مع الآخرين .

3- شعور بالفراغ والوهن وفقدان الطاقة.

**D- تنفيذ الأفكار اللاعقلانية Disputing:**

ينبغي على الفرد أن يعرف الفوائد الصحية التي تحققها الرياضة في التخلص من الكسل والخمول ويدرك أن الحياة بدون تسلية وترفيه هي كآبة وفراغ.

E- الآثار المترتبة على التنفيذ :Effects

- استبدال فكرة أن السعادة تأتي من الكسل والخمول، بفكرة أن السعادة تأتي من المبادرة والتفاعل والإنجازات.
- الوعي بأضرار الكسل والعزلة والإهمال.
- توضيح دور الكسل والخمول في تطوير أعراض الاكتئاب.
- انخفاض مستوى السكر في الدم.

F- مشاعر جديدة New Feeling:

- الاستفادة من أخطاء الآخرين .
- طرد التخيلات السلبية والمشاعر المؤذية للذات.
- المبادرة في التخلص من الكسل والخمول بالانضمام إلى الأنشطة الرياضية والمشاركة الاجتماعية.

-الواجب البيتي (5) دقائق

- تذكر كل مشاركة موقفا ما تكاسلت فيه عن القيام بعملها، وما هي المكاسب التي حققتها نتيجة خمولها، وأدى هذا الموقف إلى فكرة لاعقلانية، ثم تحاول تفنيدها مستفيدة من نموذج تفنيد الفكرة اللاعقلانية.
- تذكر المرشدة المشاركات بموعد الجلسة القادمة وتودعهن بحفاوة.

## الجلسة الخامسة: تفنيد الأفكار اللاعقلانية "2"

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الفكرة اللاعقلانية:** إنك تستطيع وبسهولة تجنب كثير من المشاكل بدلاً من تنظيم نفسك ومواجهتها.

**أهداف الجلسة:**

1- أن تعرف المشاركات في البرنامج مفهوم هذه الفكرة اللاعقلانية .

2- أن تناقش المشاركات في البرنامج الأسباب التي تجعل هذه الفكرة لاعقلانية ، وكذلك النتائج التابعة لها .

3- أن تتدرب المشاركات في البرنامج على نموذج تفنيد الفكرة اللاعقلانية، للوصول إلى نتائج منطقية .

**الأدوات المستخدمة:**

أوراق، أقلام، بطاقات بيضاء وملونة، حاسوب

**إستراتيجيات الإرشاد:**

طرح الأسئلة، التدريب بنموذج، الحوار والمناقشة من خلال العصف الذهني.

- **الإجراء الأول: (20) دقيقة.**

- تستقبل المرشدة المشاركات بحفاوة، وتناقش معهن الواجب البيتي السابق، عن المكاسب التي حققها الأعضاء نتيجة الخمول والكسل وعدم القيام بالواجبات.

- تعيد المرشدة توضيح مفهوم الفكرة اللاعقلانية العام ( بطاقة 4) ، وأن تهرب السيدة المحرومة من الإنجاب من أداء واجباتها الاجتماعية والشخصية والمهنية عن تسبب مشاكل

عديدة مثل: تراكم الأعمال، والتذمر، وهذا يؤدي فيما بعد إلى مشكلات، والى الشعور بعدم الرضا وفقدان الثقة بالنفس. والحياة السعيدة لا تعني الهروب من الواجبات ، فالإنسان العقلاني هو الذي يؤدي واجباته وينظم حياته ويتحمل مسؤولياته دون تذمر أو ألم، لأن تجنب القيام بالمسؤوليات يؤدي إلى نتيجة أشد وأكثر أذى من مواجهتها.

**- الإجراء الثاني (15) دقيقة:**

- تطلب المرشدة من المشاركات في البرنامج الإجابة عن الأسئلة التالية، وتشجع تبادل الحوار والأفكار فيما بينهن:

1- هل نستطيع أن نتخلص من المشاكل بدون تنظيمها؟

2- كيف تؤدي هذه الفكرة اللاعقلانية إلى الاكتئاب؟

3- إذا تمسك الفرد بهذه الفكرة اللاعقلانية كيف ستكون مشاعره وسلوكياته ؟

**- الإجراء الثالث: (20) دقيقة:**

تقوم المرشدة في عرض نموذج على المشاركات في البرنامج موضحة فيه طريقة تفنيد هذه الفكرة ودحضها. مبينة في النموذج الحدث، ثم الفكرة اللاعقلانية، ثم النتائج السلوكية والانفعالية.

**نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية**

**A- الأحداث والمثيرات البيئية: Activating events**

صفية سيدة محرومة من الانجاب، وترى أن المشاركة مع الأسرة في متطلبات الحياة اليومية جهد لا يقوم به إلا الأصحاء ولعدم قدرتها على التعامل مع المتطلبات الدراسية والعائلية والوظيفية، فإنه تتجنب القيام بواجباتها بدلاً من مواجهتها وتنظيم وقتها .

B - الفكرة اللاعقلانية: **Irrational Beliefs**

إن التهرب من تحمل المسؤوليات أسهل بكثير من مواجهتها .

C- النتائج: **Consequences**

1- تراكم العديد من المشاكل .

2- ازدياد حالات القلق والتوتر والغضب والعزلة الاجتماعية .

3- القيام بأعمال غير أخلاقية كالكذب والتهرب الاجتماعي.

4- تدني مفهوم الذات وعدم ثقة الفرد بنفسه .

5- صراعات أسرية ومهنية وشخصية .

6- الاكتئاب

D- تنفيذ الأفكار اللاعقلانية **Disputing**:

1- يجب الإقناع بضرورة أداء الواجبات والقيام بالمهمات الضرورية .

2- إذا لم يقم الفرد بتلك الواجبات والمهام والمتطلبات فما هو البديل المناسب والقانوني الذي يمكن الاعتماد عليه .

3- إن تأدية الواجبات والمهمات مصدر سعادة للفرد ويساعده على بناء الثقة بذاته بعكس تجنب المواقف والمسؤوليات .

4- إن عدم القيام بالمسؤوليات يمكن أن يكون متعباً أكثر مما لو ألزم نفسه بهذه المهمات والمسؤوليات وقام بأدائها .

**E- الآثار المترتبة على التنفيذ: Effects**

1- القدرة على إتباع أسلوب علمي في حل المشكلات .

2- الشعور بالسعادة والراحة بسبب الثقة في التعامل مع المسؤوليات والمتطلبات .

3- بناء علاقات ايجابية واجتماعية مع الأفراد المقربين والمحيطين به .

4- السعي نحو إجراءات سلوكية وقائية وعلاجية للمشكلات الدراسية والمالية والأسرية .

**F- مشاعر جديدة: New Feeling**

- الشعور بالراحة والطمأنينة
- غياب حالة التوتر والقلق المستمر
- الابتعاد عن السلوكيات غير المرغوبة وتقبل الآخرين .

**- الواجب البيتي (5) دقائق:**

تعطي المرشدة الواجب البيتي بأن كل مشاركة في البرنامج لها الحرية في اختيار تنظيم مكتبتها، أو غرفتها، أو أغراضها الشخصية، ثمّ تسجل المكاسب التي حصلت عليها مقارنة بعدم تنظيمها لأعماله في السابق وتختم الجلسة.

## الجلسة السادسة: تفنيد الأفكار اللاعقلانية "3"

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الفكرة اللاعقلانية:** إن من لا تنجب الأطفال تبقى عرضة للعزلة والرفض، وإن ماضيك وأحداثه يبقى ماثل أمام عينيك وإذا حدث لك بالماضي أمر يبقى تأثيره طول عمرك.

**أهداف الجلسة:**

1- أن تتعرف المشاركات في البرنامج على مفهوم هذه الفكرة اللاعقلانية.

2- أن تناقش المشاركات في البرنامج والأسباب التي تجعل هذه الفكرة لاعقلانية، وكذلك النتائج التابعة لها .

3- أن تتدرب المشاركات في البرنامج على نموذج تنفيذ الفكرة اللاعقلانية للوصول إلى نتائج أكثر منطقية .

**الأدوات المستخدمة:**

أوراق، أقلام، بطاقات بيضاء وملونة، حاسوب

**إستراتيجيات الإرشاد:**

طرح الأسئلة، التدريب بنموذج، الحوار والمناقشة من خلال العصف الذهني.

- **الإجراء الأول (20) دقيقة**

- تستقبل المرشدة المشاركات في البرنامج وترحب بهن، وتناقش معهن الواجب البيتي الذي طرح عليهن في الجلسة السابقة عن تنظيم الوقت والأشياء الخاصة بهم.

- تنتقل المرشدة إلى مفهوم الفكرة اللاعقلانية ثم توضح أن هذه الفكرة لا عقلانية وغير منطقية لأنه قد يبدو لك أنه من الصعب تغيير المشكلات المتعلقة في الماضي ، إلا أنه ليس

مستحيلاً، والشخص العقلاني المنطقي يعترف بأن الخبرات الماضية هي جزء مهم في حياته ، ولكنه في المقابل يدرك أيضاً أنه من الممكن تغيير الحاضر، وعدم الاستسلام للماضي كعذر للهروب من الواقع.

- **الإجراء الثاني (20) دقيقة**

- لماذا فكرة أن ماضيك وأحداثه يبقى ماثل أمام عينيك وإذا حدث لك بالماضي أمر يبقى تأثيره طول عمرك هي فكرة لاعقلانية ؟
- كيف تؤدي هذه الفكرة إلى الاكتئاب؟
- ما هي النتائج التي يكتسبها الفرد من التمسك بهذه الفكرة؟

- **الإجراء الثالث (20) دقيقة**

- توظف المرشدة قصة حياة (ألبرت إليس) وكيف طور نموذجه رغم مرضه، وكيف كانت حالته المرضية دافعاً له للإبداع.

- تقوم المرشدة في عرض نموذج على المشاركات في البرنامج موضحة فيه طريقة تفنيد هذه الفكرة ودحضها. مبيناً في النموذج الحدث، ثم الفكرة اللاعقلانية، ثم النتائج السلوكية والانفعالية

**نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية**

**A- الأحداث والمثيرات البيئية: Activating Events**

إن عدم قدرتي على الإنجاب ستزيد من علاقاتي سوء سواء بزوجي أو أسرته، وقد يتزوج علي ويهملني جدسيا ونفسيا واجتماعيا.

**B - الفكرة اللاعقلانية : Irrational Beliefs**

إن الخبرات والأحداث الماضية تحدد السلوك في الوقت الحاضر وأن خبرات الماضي لا يمكن استبعادها أو محوها .

**C- النتائج Consequences :**

1- بغض النساء.

2- عدم الرضا عن الأسرة بشكل عام.

3- رفض المجتمع وتجنبه.

4- التأكيد على الحوادث الماضية السيئة في محتوى حديثها وسلوكياتها .

5- شعور بالقلق والتوتر والاكتئاب .

**D- تفنيد الأفكار اللاعقلانية: Disputing**

1- لماذا التركيز بشكل مفرط على الأحداث السيئة في تحديد سلوكنا دون التركيز على الأحداث الإيجابية.

2- إن الأحداث الماضية التي كانت مهمة ليس بالضرورة أن تبقى مهمة في الحاضر.

3- ما هي المبررات المنطقية في التركيز على الخبرات الماضية في تحديد سلوك الحاضر.

4- يجب أن نعمل على هزم المواقف الماضية بالمواجهة والتفكير.

5- نتذكر دائماً بأن الأحداث الماضية مهمة إذا ساعدت في تحسين الوضع الحالي للأفضل والشعور بالسعادة والراحة.

**E- الآثار المترتبة على التنفيذ: Effects**

- الاستفادة من الخبرات الماضية في تحسين الوضع الحاضر والمستقبل .
- التركيز على الحاضر (هنا والآن)
- استبعاد الخبرات المؤلمة، واستبدالها بمشاعر إيجابية .

**F- مشاعر جديدة: New Feeling**

- الشعور بالثقة وتأكيد الذات .
- التفكير في البحث عن زوجة في المستقبل .
- انبعاث الأمل والتفاؤل.

وأخيراً لا تعطي المرشدة المشاركات واجباً، وإنما تطلب منهن التواصل فيما بينهن بالزيـارات والاتصال الهاتفي، لمناقشة كلما مر بهن من خبرات في الجلسات السابقة، على وعد طرحها أما الجميع في الجلسة القادمة.

**الجلسة السابعة: الشعور بالقيمة والخبرات الروحانية**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. أن تستعرض المشاركات الخبرات الروحانية لديهن.
2. أن تدرك المشاركات أن الحرمان من الإنجاب قدر من الله ويصيب أياً كان.
3. أن تتعزز الخبرات الروحانية الايجابية لدى المشاركات.

**الأدوات المستخدمة:**

السبورة البيضاء، أوراق، أقلام، بطاقات بيضاء وملونة، أقلام فلوماستر. مواقع الكترونية دينية – إن توفرت–

**إستراتيجيات الإرشاد:**

طرح الأسئلة، الحوار والمناقشة، والنمذجة، العصف الذهني.

**– الإجراء الأول: (25) دقيقة**

– تكتب المرشدة على السبورة الآية القرآنية (**يهب لمن يشاء إناثا ويهب لمن يشاء الذكور أو يزوجهم ذكرانا وإناثا ويجعل من يشاء عقيما**).

– تطلب المرشدة من المشاركات التأمل في الآية الكريمة وكتابة كل الأفكار التي تجول بخاطرهن عند قرأتها.

– تربط المرشدة بين الرضا بقضاء الله والحد من الاكتئاب، وتخضع الموضوع لنقاس مطول مع المشاركات.

- **الإجراء الثاني: (25) دقيقة**

- تطلب المرشدة من المشاركات عرض خبراتهن الروحانية المرتبطة بالحرمان من الإنجاب.

- تطلب المرشدة ايجابية من كل مشاركة ان تذكر حالة سلبية تمر بها عند التفكير بحالاتها، وحالة إيجابية عندما تفكر أن الله اختار لها الأفضل.

- تدير المرشدة جلسة حوارية حول مسامحة الذات والرضا بقدر الله.

- يتم تلخيص الجلسة ككل وختمها.

**الواجب البيتي: (15) دقيقة**

- تطلب المرشدة من النساء القادرات على استخدام الانترنت الدخول لمواقع دينية والبحث عن قصص فيها الرضا بالقضاء والقدر لسردها أمام زميلاتهن اللواتي لا يستخدمن الانترنت في الجلسة القادمة او عن طريق التواصل الشخصي فيما بينهن. (تختار المرشدة مجموعة من المواقع الالكترونية وتوزعها على شكل بطاقات على السيدات).

## الجلسة الثامنة: المرح والتسلية والسخرية

**مدة الجلسة ( 90 ) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. أن تتدرب المشاركات على أسلوب المرح .
2. أن تركز المشاركات على نشاطات التسلية أكثر من التركيز على هزيمة أنفسهن.
3. محاولة إخراج المشاركات من الجدية المبالغ فيها والتي قد تضخم وتفاقم مشكلة الاكتئاب.
4. أن تسخر المرشدة والمشاركات في البرنامج من الأفكار اللاعقلانية، لكي تتقبل المشاركة نفسها بكل ما فيها.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة.

**إستراتيجيات الإرشاد:**

القصة، لعب الدور، الحوار والمناقشة

- **الإجراء الأول (20) دقيقة**

- ترحب المرشدة بالمشاركات وتناقش معهن الواجب البيتي الذي طرح عليهن في الجلسة السابقة.

-تقوم المرشدة بمناقشة الأعضاء عن الأفكار اللاعقلانية في الجلسات الماضية بأسلوب مرح ونكات، بمشاركة الأعضاء وتطمأن المشاركات بأنهن استبدلن الأفكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية، وقد سنحت الفرصة الآن للسخرية والضحك على الأفكار اللاعقلانية.

- تطرح المرشدة قصص مماثلة وتترك حرية الفكاهة والتعبير الساخر للمشاركات.

- الإجراء الثاني: (20) دقيقة

تبدأ المرشدة النشاط في قصة عن فكرة لاعقلانية قيل فيها أن رجلا جاءته أفكار لاعقلانية حيث توقع أنه حبة قمح وليس إنسان وأنه سيصبح وجبة للدجاج، وبعد أن أقنعه المرشد النفسي بأنه إنسان اقتنع قليلاً، ثم قال أنا اقتنعت بأنني ليست حبة قمح، ولكن من يقنع الدجاج؟! ثم تترك المجال للمشاركات أن ينتقدن الفكرة هذه الفكرة ويناقشنها ويتحاورن فيها بأسلوب مرح وتسلية وضحك.

- الإجراء الثالث: (20) دقيقة

تطلب المرشدة من المشاركات في البرنامج القيام بالتمثيل الدرامي حول فكرة لاعقلانية، وتمثيلها بأسلوب هزلي مثلاً: قصة لرجل يقوم بدور المريض عندما يطلب إليه القيام في واجباته، ويزول عنه المرض عندما يقوم بواجبه شخص آخر.

ثم تطلب المرشد من المشاركات تبادل الزيارات او الذهاب معاً لاماكن ترفيهية لقضاء وقت لطيف.

## الجلسة التاسعة : حل المشكلات

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. تدريب المشاركات على توظيف استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي
2. تدريب المشاركات على الاسترخاء العضلي

**الأدوات المستخدمة:**

السبورة البيضاء، أقلام فلوماستر، نسخة مطبوعة من تدريبات الاسترخاء العضلي

**إستراتيجيات الإرشاد:**

لعب الدور، المناقشة، الحوار

**الإجراءات:**

**- الإجراء الأول : (20) دقيقة**

- ترحب المرشدة بجميع المشاركات وتناقش معهن الواجبات السابقة.

- تشرح المرشدة للمشاركات الآثار النفسية والاجتماعية التي تواجهها السيدة المحرومة من الإنجاب والتي يمكن أن تزيد من المشاعر الاكتئابية.

- تخضع المرشدة الموضوع لنقاش جماعي مع المشاركات وتقدم لهن التغذية الراجعة.

**- الإجراء الثاني: (15) دقيقة**

- تساعد المرشدة المشاركات على التدرب على مهارات الاعتراف بالمشكلة، وإدراكها وتعريفها وتحديدها وإيجاد الحلول المناسبة لها، واختيار البديل الأفضل.

- تعرض المرشدة قصة سيدة عانت من الحرمان من الإنجاب لفترة طويلة، دون حدوث أي مشاكل اكتئابية لها، مجرد أنها اعترفت بأن الحرمان من الإنجاب ليس عيباً، وأنها تتحدث عن مشاكلها دون خجل.

**- الإجراء الثالث: (20) دقيقة**

-تطلب المرشدة التطوع من أحد المشاركات أن تتنفس بعمق وتستعد للتدريب على أسلوب الاسترخاء العضلي كأحد الأساليب التي لها دور في حلول بعض المشكلات، ثم تدربها أمام جميع المشاركات في البرنامج كالآتي:

- استرخ على سرير مريح ثم تنفسي بعمق ثلاث مرات متتالية.
- أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام، وشديها بقوة، ولاحظي التوتر الذي تشعرين به في يدك، واسترخ الآن، وافتح يدك.
- أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام، وشديها بقوة، ولاحظي التوتر والشد الذي تشعرين به في يدك، واسترخ وافتحي يدك.
- أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام، واثن ذراعك بقوة حتى تتوتر العضلة في أعلى ذراعك، الآن استرخ ولاحظي الدفء الذي ينتشر في ذراعك وأصابعك.
- الآن أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام، واثن ذراعك بقوة حتى تتوتر العضلة في أعلى ذراعك، واسترخ الآن وركزي على المشاعر ولاحظي الاسترخاء والدفء.
- أغلق راحة يدك اليمنى وراحة يدك اليسرى بكل قوة ممكنة، واثن ذراعيك أيضاً، لاحظي التوتر الذي تشعرين به الآن، استرخ واشعر بالدفء والراحة.

- الآن شد عضلات جنبيك، وأغلق عينيك بقوة، لاحظ التوتر في مقدمة راسك وفي عينيك ، استرخ الآن وقارني مابين مشاعر الشد والتوتر ومشاعر الاسترخاء والراحة.

- لننتقل الآن إلى فكيك، أطبقيهما بقوه ارفعي ذقنك بقوة إلى الأعلى حتى تتوتر عضلات رقبتك، ابق كما أنت قليلاً، أغلق شفتيك بقوة، الآن استرخ واشعري بالراحة.

- الآن، أغمض عينيك بقوة، أطبقي فكيك، ارفع ذقنك إلى الأعلى بقوة وأغلق شفتيك بقوة ، لاحظي التوتر في جنبيك وعينيك وفكيك وشفتيك ورقبتك، الآن، استرخ كاملاً، واستمتعي بمشاعر الاسترخاء.

- ادفعي بكتفيك بقوة إلى الأمام إلى أن تشعرين بتوتر شديد في عضلات الجزء الأعلى من ظهرك، اضغط بقوة، ابق كما أنت، الآن استرخ.

- مرة أخرى ادفع بكتفيك إلى الأمام وفي نفس الوقت شد عضلات بطنك إلى الداخل إلى أقصى درجة ممكنة، لاحظي التوتر في منطقة المعدة، ابق كما أنت الآن استرخ، وقارني بين مشاعر الشد التوتر وبين مشاعر الراحة والاسترخاء.

- الآن، سوف نقوم بعمل مسح لجميع العضلات السابقة: أولا تنفسي بعمق ثلاث مرات، أغلق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى بإحكام، اثن ذراعيك بقوة وأغلق شفتيك، لاحظي التوتر في كل جزء في جسمك، استرخ الآن وتنفس بعمق، استمتعي بزوال التوتر وفكري بالاسترخاء العام في كل عضلاتك، في ذراعيك ورأسك وكتفيك وبطنك، كل ما عليك عمله هو الاسترخاء.

- الآن دعينا ننتقل إلى رجليك، اضغطي على كعب قدمك اليمنى إلى الأسفل ارفع أصابع قدمك إلى أن تشعر بتوتر شديد الآن استرخ.

- اضغط الآن على كعب القدم اليسرى بشدة إلى الأسفل، وارفع أصابعك رجلك حتى تشعرين بتوتر شديد الآن استرخ.

- سننتقل الآن إلى الرجلين معاً اضغط على كعبيك إلى الأسفل بقوة، وارفع أصابع رجليك إلى أقصى درجة ممكنة، ابق كما أنت، الآن استرخ.

- الآن، تنفسي بعمق ثلاث مرات، شد العضلات التالية كما فعلت من قبل ، راحة يدك اليمنى والعضلة في أعلى الذراع، راحة يدك اليسرى والعضلة في أعلى الذراع ، الجبين والعينين والفكين والرقبة والشفتين والكتفين والبطن والرجلين ابق كما أنت قليلاً، الآن استرخ، تنفس بعمق ثلاث مرات، استرخ، تنفس كالمعتاد واستمتع بالاسترخاء العام في جسمك.

- **الإجراء الثالث: (5) دقائق**

- تتدرب كل مشاركة على تمرينات الاسترخاء العضلي، وتعطي المرشدة جميع المشاركات في البرنامج نسخة مطبوعة من التمرين.

- تذكرهن بموعد الجلسة القادمة وتنهي الجلسة.

## الجلسة العاشرة التدريب على وسائل التسلية

**مدة الجلسة:** 90 دقيقة

**أهداف الجلسة:**

1. أن تنفذ المشاركات مجموعة من التمرينات الرياضية
2. أن تزود المشاركات بالتغذية الراجعة حول حالتهن.
3. تطبيق فنيات التعاقد السلوكي

**الأدوات المستخدمة:**

بطاقات بيضاء، بطاقات ملونة، أقلام

**استراتيجيات الإرشاد:**

النقاش، القصة، نشاط رياضي

**الإجراءات:**

- **الإجراء الأول: (20) دقيقة**

- تستقبل المرشدة المشاركات بالبرنامج بحفاوة.

- تناقش معهن الجلسة السابقة.

- تبيّن المرشدة بأنها ستنفذ معهن مجموعة من التمرينات الرياضية الخفيفة كنوع من التسلية والاسترخاء بالتمرين الرياضي.

- تشرح المرشدة طبيعة التمرينات.

- **الإجراء الثاني: (20) دقيقة**

- تقص المرشدة قصة الرياضة ودورها في تخفيف التوتر والاكتئاب وتحسين صورة الجسد.

- تقسم المرشدة المشاركات حسب العمر والميول الرياضية إلى ثلاث مجموعات، مجموعة لكرة التنس، والمجموعة الثانية للتمارين السويدية، والمجموعة الثالثة لا تتلقى التدريب، وإنما تراقب النتائج، لمدة نصف ساعة.

- تتم ممارسة التمارين مع التركيز على الاسترخاء والاستمتاع.

- **الإجراء الثالث: (20) دقيقة**

- تقدم المرشدة التغذية الراجعة للمشاركات.

-تبيّن المرشدة كيف تساهم الرياضة في الاستقرار النفسي وحرق السعرات الحرارية الزائدة. ثم تتفق المرشدة مع المشاركات على المكافأة المالية وهي حصول كل مشاركة على كتاب أو بطاقة اشتراك في إحدى الصالات النسائية.

- تطلب من المشاركات واجب بيتي بأن تقوم كل مشاركة بممارسة نشاط رياضي يناسبها، والحديث عن مشاعرها في الجلسة القادمة.

- تختم المرشدة الجلسة وتثني على المشاركات.

## الجلسة الحادية عشرة: اختبار التصرفات والأفكار المختلة وظيفياً

**مدة الجلسة: 90 دقيقة**

**أهداف الجلسة:**

1. أن تستخدم المشاركات أساليب واستراتيجيات سلوكية مباشرة لاختبار التصرفات والأفكار المختلة وظيفياً مثل ( العجز، العزلة، الملل، الكسل...الخ).

2. أن تستخدم المشاركات السلوك الذي ما دمن يخشنه أو يتجنبنه.

3. أن تتحدى المشاركات أفكارهن القديمة.

**الأدوات المستخدمة:**

بطاقات بيضاء، بطاقات ملونة، أقلام

**استراتيجيات الإرشاد:**

الحوار والمناقشة، العصف الذهني، التغذية الراجعة

**الإجراءات:**

- **الإجراء الأول: (20) دقيقة**

– ترحب المرشدة بالمشاركات بحفاوة وتناقش معهن الواجبات السابقة.

– تطلب المرشدة من المشاركات أن يسجلن في سجل أداء يومي ما قمن به كل ساعة وان تعطي نسبة فعالية من حيث الإتقان والرضا.

– حين تقدم المشاركة سجل النشاط لأول مرة، يُطلب منها أن تعد سجلاً للنشاطات الأساسية دون محاولة إجراء أي تغيير.

– تتم مراجعة المعطيات في جلسة العلاج التالية .

- **الإجراء الثاني: (20) دقيقة**

- تطلب المرشدة من المشاركات تسجيل درجة الإتقان والرضا على الاستمارة بمقياس مئوي مؤلف من خمس أو عشر درجات لكل منهما، وهذا ما يساعد المشاركة على رفع نحو إدراك النجاحات الجزئية والدرجات القليلة من المتعة.

- تستخدم المرشدة مقياس مزودج ( ايجابي، سلبي) وتدرب المشاركات عليه لأنه يساعد في رؤية تفكير المشاركة من منظار مختلف، كما تكشف عن عدم واقعية أفكارها . فالإنسان غالباً ما يضع لنفسه مقاييس عالية، غير مشجعة تشعره بالرغبة بالانسحاب والإقرار بالعجز. عكس ما يضعه للآخرين من تسهيلات ومساندة.

- **الإجراء الثالث: (15) دقيقة.**

تقوم المرشدة بتدريب المشاركات على تجزئة الهدف السلوكي إلى خطوات صغيرة متتابعة، يمكن تنفيذها خطوة واحدة في كل مرة وصولاً إلى الهدف المرجو. ويُستخدم تعيين الواجبات المتدرجة مع الأشخاص المكتئبين على نحو نموذجي كأسلوب لحل المشكلات. ويمكن لهذه الطريقة التدريجية فضلاً عن الأساليب المعرفية مثل أسلوب طرح الأسئلة السقراطي وتسجيل الأفكار أن تجدد نشاط المتعالج وتركز طاقته بصورة منتجة، وبالتالي ترفع من مزاجه

- **الواجب البيتي (5) دقائق:**

تطلب المرشدة من المشاركات تبادل السجلات ومناقشتها فيما بينهن والحديث عنها في جلسات قادمة.

- تختم الجلسة بالشكر والثناء.

## الجلسة الثانية عشرة: الإصغاء وعكس المشاعر

**مدة الجلسة ( 90 ) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. أن تتعرف المشاركات على مفهوم مهارة الإصغاء ومهارة عكس المشاعر.

2. أن تتعرف المشاركات على مهارة الإصغاء ومهارة عكس المشاعر.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة ، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة.

**إستراتيجيات الإرشاد:**

1. المناقشة والحوار 2. التدريب على المهارات 3.التغذية الراجعة. 4. الواجب البيتي5 .العصف الذهني.

**الإجراءات:**

**-الإجراء الأول ( 10 ) : دقيقة.**

بعد الترحيب بالمشاركات وشكرهم على الحضور في الموعد المتفق عليه، يتم تلخيص ما دار في الجلسة السابقة، وذكر أهم بنودها، واستعداد المرشدة للإجابة على أية استفسارات تهم المشاركات، بعد ذلك تطلب المرشدة من كل مشاركة في المجموعة عرض ما توصل إليه في الواجب البيتي، وإعطاء تغذية راجعة للمشاركة ومن قبل المرشدة والمشاركات.

- الإجراء الثاني ( 20 ) :دقيقة.

- تقوم المرشدة بتوضيح معنى مهارة الإصغاء، حيث تقول أن هناك مهارات أساسية عند التواصل مع الآخرين ولها دور كبير في نجاح عملية التواصل وتخفيض التوتر المؤدي للاكتئاب. فالمهارة الأولى هي الإصغاء ويقصد بها تركز الانتباه إلى الشخص المتحدث، وتصغي لكل ما يقوله من خلال التواصل البعدي لأن هذا يشعِر الطرف الآخر بأننا مهتمون فيما يقول، ويؤدي ذلك إلى استمرار التواصل، وتوضح المرشدة بأن الإصغاء غير الاستماع، فقد نكون مستمعين ولكن غير مصغِيين.

- توضح المرشدة الفرق بين الإصغاء والاستماع وتقول أن هناك فرقا بين الإصغاء والاستماع فالإصغاء يعني إعطاء الوقت الكافي للمتحدث والالتزام بالهدوء وعدم المقاطعة عندما يتحدث الطرف الآخر، أما الاستماع فهو عدم التحدث أمام الطرف الآخر عندما يكون يتحدث، ولا غرابة أن يكون مستمعًا ولكن غير مصغ وخاصة في حالة عدم النظر إلى المتحدث، والقدرة على الإصغاء الجيد هي المهارة التي نحتاج كلنا للتدريب عليها إذا أردنا أن تستمر وتنجح علاقاتنا مع الآخرين والإصغاء ليس فقط إلى الكلمات وإنما أيضا إلى المشاعر.

- تقوم المرشدة بطرح موضوع يتعلق بالتواصل الاجتماعي بهدف تقوية مهارة الإصغاء فتقول، برأيكم كأعضاء ما هي أسباب النظرة السلبية للمحرومات من الإنجاب؟

- تتلقى الإجابات وتقدم التغذية الراجعة

- يتم تمثيل مهارة الإصغاء الفعال، وتطلب من مشاركة أن تقارن مشاعرها الآن مع ما سبق.

**الإجراء الثالث ( 25 ) : دقيقة.**

تقوم المرشدة بتوضيح معنى المهارة الثانية(عكس المشاعر)، وهي مهمة للاتصال وتعني قدرة الفرد الموجه له الحديث أن يتفاعل مع الطرف المتحدث من خلال عكس المشاعر التي تلائم طبيعة المتحدث، مثال إظهار الحزن إذا كان الفرد يتحدث بشيء محزن، لأن هذا يساعد للتواصل على الاستمرار، وأن مهارة عكس المشاعر تركز على المحتوى الوجداني، وتطلب المرشدة من إحدى المشاركات أن تأت بموضوع ما وتعكس المرشدة مشاعر تلاءم نوع الحديث، ويقول المرشدة أن مهارة عكس المشاعر تحقق مجموعة من الأهداف تعود بالنفع والفائدة على الطرف المتحدث

**الواجب البيتي (5 ) :دقائق.**

تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تكتب موقفين يتضمن كل موقف مهارة من مهارات التواصل اللفظي السابقة وبخاصة في مجال حالتهن الصحية والنفسية.

- تختم الجلسة بتحية المشاركات.

**الجلسة الثالثة عشرة: التدريب على بعض المهارات السلوكية الفعالة الموجهة.**

**مدة الجلسة ( 90 ) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

تحسين سلوك الفرد الاجتماعي للتقليل من مشاعر الخجل والاكتئاب.

تقبل النقد والتعبير عن المشاعر بطريقة بناءة.

أن تمارس المشاركات في البرنامج أسلوب الاسطوانة المشروخة.

**الأدوات المستخدمة:**

القصة، لعب الدور، المناقشة، النمذجة

**إستراتيجيات الإرشاد:**

1. المناقشة والحوار 2. التدريب على المهارات 3.النمذجة.

**الإجراءات:**

**-الإجراء الأول ( 20 ) : دقيقة**

– ترحب المرشدة بالمشاركات في البرنامج وتناقش معهن الواجب البيتي الذي طرح عليهن في الجلسة السابقة.

-تدرب المرشدة المشاركات في البرنامج على بعض المهارات الاجتماعية التي أثبتت الدراسات أنها ساهمت بشكل كبير في تخفيض مستوى الاكتئاب، وهذا الأسلوب يعتبر مجالاً هاماً للتنفيس الانفعالي ويسمح للتعبير عن الذات والمشاعر، ويساعد على التكيف الاجتماعي من خلال التعرف على السلوكيات غير المقبولة، وتقديم التغذية الراجعة من قبل القائد والمشاركات في جو آمن خال من الانتقاد.

-الإجراء الثاني (20) دقيقة

– تقوم المرشدة بطرح التساؤل التالي : ماذا يمكن أن تفعلي لو قيل لك أنك إنسانة عصبية؟ أو سيدة غير منجزة لأعمالك؟ أو تطورت لديك اللازمات الحركية بشكل يلفت انتباه الآخرين؟ وبعدها تطلب من المشاركات أن يمثلن المواقف بطريقة درامية ، وتشجعهن على العفوية، فيؤدين نفس الحوار المستعمل أثناء نمذجة المهارة، وتطلب المرشدة من المشاركات في البرنامج التخلص من:

اللازمات الحركية مثل: هز القدمين، فرك اليدين اللعب بالشعر والأذن، إن هذه السلوكات غير اللفظية الأكثر بروزاً لدى الأفراد الخجولين كما هو الحال لدى المكتئبين.

تقبل النقد البناء والتعبير عن المشاعر بطريقة بناءة، تعد هذه المهارة من أهم عناصر السلوك التأكيدي ، والذي يعني حسبما أشار إليه ولبى(Wolpe) أنه التعبير الملائم عن العواطف للتخلص من الاكتئاب المرتبط بالحرمان من الانجاب.

– الاجراء الثالث: (20) دقيقة

النشاط رقم ( 2 ).

تبدأ المرشدة قولها قد لا تكون التمارين السابقة كافية مع الأشخاص الذين اعتادوا أن يغضبوك بسهولة، وليس من السهل أن يقبلوا مرحلة التغيير التي تعلمتها من حضورك لهذا البرنامج، وما عليك إلا أن تلجا إلى أسلوب الأسطوانة المشروخة للتقليل من الغضب، وحتى لا تشجع ذلك الشخص على تأكيد طلبه.

ويتمثل أسلوب الاسطوانة المشروخة بأن تقوم السيدة بترديد نفسها حتى ترهق السيدة الأخرى، فأنت تكررين رفضك وتحافظي على نغمة صوتك ثابتة وهادئة، وتراقبي نفسك بعدم رفع صوتك، ولا تنزعجي مهما قالت لك السيدة الأخرى، حتى لا تشجعيها في تحقيق طلبها، ومن

الأفضل أن تختاري جملة واحدة مناسبة للموقف وتكرريها بنفس الكلمات مهما حاولت السيدة الأخرى وضع طلبها بأشكال مختلفة. حتى يتحقق لك التعبير عن مشاعرك وحقوقك والتأكيد على موقفك ومطالبك دون الخضوع لمطالب الآخرين بسهولة ويسر.

وأخيراً تعطي المرشدة الواجب البيتي بأن تذكر كل مشاركة موقفا مرّ في حياتها (مرتبط بالانجاب) وأدى إلى اللازمات الحركية، وعدم تقبل النقد، وتسجل هذا الموقف. ثم تتدرب على أسلوب الأسطوانة المشروخة. وقبل إنهاء الجلسة تذكّر المرشدة الأعضاء بالموعد القادم وتنهي الجلسة.

**الجلسة الرابعة عشرة: التقييم والوداع**

**مدة الجلسة ( 90 ) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. التعرف إلى المدى الذي حققته المشاركات من البرنامج الإرشادي.

2. ختام البرنامج الإرشادي وتقييم عمل المجموعة الإرشادية.

3. تطبيق أدوات الدراسة على أعضاء المجموعة الإرشادية.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة.

**إستراتيجيات الإرشاد:**

*التشجيع والدعم * .التغذية الراجعة * .العصف الذهني.

**الإجراءات:**

**الإجراء الأول ( 15 ) :دقيقة.**

- تقوم المرشدة بالترحيب بأعضاء المجموعة الإرشادية وشكرهن على الحضور في الموعد المتفق عليه، وإعطائهن الفرصة للتعبير عما يجول في خواطرهن، والاستماع لهن حول ما توقعنه وما حققنه من البرنامج، واستعراض الفنيات المهمة والحساسة في الجلسات، ومعرفة تعليقاتهن النهائية على البرنامج.

- تقوم المرشدة بتلخيص جلسات البرنامج الإرشادي السابقة تمهيدًا لإنهاء البرنامج، ثم تقول أن الانتهاء من البرنامج لا يعني نسيان ما تعلمناه، بل الهدف من البرنامج

هو التدريب على خفض المشاعر الاكتئابية لتستخدمنها في حياتكن العملية، وأن الاستمرار في تطبيقها سوف يصبح جزء من سلوككن اليومي، وستعتبرون هذه المهارات رسالة لكل سيدة تعاني من هذه المشكلة.

**الإجراء الثاني ( 35 ) :دقيقة.**

– تقوم المرشد بتوزيع الإستبانة المتعلقة بالاكتئاب، المقياس البعدي.

**الإجراء الثالث ( 10 ) :دقائق.**

– تقوم المرشدة بتقديم الشكر والتقدير لهن مرة أخرى على التزامهن بالجلسات واحترامهن للتعليمات والقواعد السلوكية التي حددت مسارات العمل خلال التنفيذ.

ثم توزع بطاقات شكر ملونة على المشاركات للاحتفاظ بها كذكرى.

–تختم المرشدة الجلسة بوداع المشاركات والثناء عليهن.

بعد ذلك تقوم المرشدة بالسلام على المشاركات و مصافحتهن وتوديعهن.

## ملحق (د)

## البرنامج الإرشادي الجمعي المعرفي بصورته النهائية

برنامج إرشادي جمعي تدريبي لخفض المشاعر الاكتئابية لدى المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد.

**التعريف بالبرنامج:**

تم بناء برنامج إرشاد نفسي جمعي لخفض المشاعر الاكتئابية لدى السيدات المحرومات من الإنجاب استناداً إلى الأدب النظري ومجموعة من المصادر والبرامج الواردة في العديد من الدراسات السابقة بهدف خفض المشاعر الاكتئابية لدى السيدات المحرومات من الإنجاب اللواتي يراجعن مركز الإخصاب والمساعدة على الإنجاب في مستشفى اربد التخصصي في مركز الدكتور حسين حماد وذلك بالاعتماد على نظرية العلاج المعرفي السلوكي.

**إعداد البرنامج:**

قامت الباحثة بإعداد البرنامج بعد الإطلاع على عدد من الدراسات التي تناولت موضوع الحرمان من الإنجاب والاكتئاب والمشكلات المرتبطة بهما، والإطلاع على بعض البرامج الإرشادية المتعلقة بالموضوع بهدف فهم العناصر الأساسية في البرنامج ومن هذه الدراسات دراسة لي وسان (Lee & Sun, 2000) ودراسة نيلفوروشان و أحمدي وعبيدي وأحمدي (Nilforooshan, Ahmadi, Abedi & Ahmadi, 2006)، ودراسة الشرايري(2009) وراسة الدحادحة (2010).

**الأهداف العامة للبرنامج:**

يهدف برنامج التدخل الإرشادي المعرفي السلوكي إلى:

- خفض حدة المشاعر الاكتئابية لدى السيدات المحرومات من الإنجاب في محافظة إربد.

- محاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية المرافقة للاكتئاب كالإحباط والقلق والخوف والغضب والإرهاق والتوتر الذي تصاب به السيدة المحرومة من الإنجاب.

- استخدام الأساليب العلاجية الإرشادية المعرفية السلوكية المناسبة والأكثر فعالية لخفض حدة التوتر والاكتئاب لهذه الفئة من السيدات الأردنيات.

- مساعدة المرشدين في المملكة الأردنية الهاشمية في عملهم من خلال تقديم برنامج تم التأكد من فاعليته للتعامل مع هذه الفئة من السيدات وخصوصاً في ظل عدم توفر دراسات وبرامج في هذا المجال في البيئة المحلية.

- تحسين وعي وإدراك السيدات بالمتغيرات النفسية التي لها علاقة بحالتهن وتأثير ذلك على حالتهن الصحية جسدياً ونفسياً.

- مناقشة الأخطار التي تؤثر على السيدة المحرومة من الإنجاب معرفياً وسلوكياً وتدفعها إلى الانطواء أو التفكير بأساليب غير منطقية وتعديل هذه السلوكيات.

- تحديد جميع الانفعالات والسلوكيات غير المناسبة والتي تؤدي للاكتئاب وتدفع السيدة إلى إهمال العلاج، ودفع السيدة نحو التعامل سلوكياً وانفعالياً بشكل مناسب مع المواقف والأحداث.

- إقناع السيدة المحرومة من الإنجاب بوجوب مواجهة وضعها الحالي والتعرف إلى الحالة الصحية والنفسية من مختلف جوانبها لتمكينها من مواجهة الاكتئاب.

- إقناع السيدة المحرومة من الإنجاب بأن المعتقدات والأفكار ذات الصلة هي التي تؤدي حتماً إلى الاضطرابات الانفعالية والمعرفية والسلوكية وبالتالي تؤثر على الحالة الصحية لها.

يعتمد البرنامج الإرشادي التدريبي على مجموعة من المبادئ التربوية العامة التي توجه سير جلسات البرنامج، كما وتوجه سير الباحثة (المرشدة) أثناء تطبيق البرنامج، ويتوقع أن تجعل هذه المبادئ من البرنامج عملية تفاعلية ونشطة تستثير وتُحفّز المشاركات على الحضور

والمشاركة الفاعلة في البرنامج ومحتواه، ومن هذه المبادئ :رفع مستوى الدافعية لدى المشاركات، وجذب انتباههن أثناء التدريب، وتوفير جو آمن ومريح لهن، العمل الجماعي لهن، وتشجيع التفاعل بينهن.

**المدة الزمنية للبرنامج:**

يطبق البرنامج لمدة شهرين وبواقع جلستين أسبوعياً، ومدة كل جلسة (90) دقيقة، وسيكون عدد جلسات البرنامج (14) جلسة.

**المتغيرات المستقلة:**

**المتغير المستقل الرئيسي:** أسلوب المعالجة المستخدم (البرنامج الإرشادي).

**المتغيرات التابعة:** العمر، والمؤهل العلمي، ومدة العلاج، درجة القرابة من الزوج.

**الفئة المستهدفة من البرنامج:**

يستهدف البرنامج السيدات اللواتي يراجعن عيادة الإخصاب والمساعدة على الإنجاب في مركز حسين الحماد في مستشفى إربد التخصصي في الفصل الأول من العام الأكاديمي 2014/2013. وقد بلغ عدد السيدات في المجموعة الإرشادية (المجموعة التجريبية): 12 سيدة محرومة من الإنجاب.

**المواد المستخدمة في تنفيذ البرنامج:**

سيتم تنفيذ البرنامج بشكل يضمن سهولة وفاعلية التطبيق، واستخدام مجموعة من المواد مثل السبورة البيضاء والأقلام الخاصة بها، وأوراق بيضاء وأقلام حبر جافة، وكرتون مقوى، ورق ملون، وبطاقات، وحاسوب، وأشرطة سمعية وبصرية، ومواد أخرى.

**مكان وتاريخ تنفيذ البرنامج:**

يُنفذ البرنامج ويُطبق في أحدى قاعات مركز الإخصاب في مستشفى إربد التخصصي وذلك خلال الفصل الأول من العام الأكاديمي 2014/2013 بحيث يكون البدء بتطبيقه من تاريخ / / إلى تاريخ / / .

**الاستراتيجيات العامة المستخدمة في البرنامج:**

| | |
|---|---|
| المناقشة والحوار | العصف الذهني |
| التغذية الراجعة | النمذجة |
| لعب الدور | التدريب على المهارات |
| الواجب البيتي | التكيف المعرفي |
| إعادة البناء المعرفي | التخيل |
| لعب الدور | عمل المجموعات |

**جلسات البرنامج**

قُسم البرنامج إلى (14) جلسة إرشادية، مدة كل جلسة (90) دقيقة، وقد استغرق تطبيق البرنامج مدة شهرين ونصف بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، على النحو الآتي:

| رقم الجلسة | عنوان الجلسة | زمن الجلسة / دقيقة | هدف الجلسة |
|---|---|---|---|
| 1 | التعارف بين المشاركات والتعريف بالبرنامج | 90 | التمهيد وافتتاح البرنامج |
| 2 | بناء الثقة وخفض المقاومة (كسر الجليد) | 90 | تعزيز التقارب بين المشاركات |
| 3 | الاستبصار والوعي وأثر التخيل العقلي في مشاعر وسلوكات المشاركة | 90 | زيادة وعي المشاركات بذواتهن وبغيرهن |
| 4 | التعريف بالمشاعر الاكتئابية | 90 | تعريف المشاركات بمفهوم المشاعر الاكتئابية |
| 5 | تفنيد الأفكار اللاعقلانية "1" | 90 | التعرف على الأفكار اللاعقلانية واستراتيجيات التصدي لها |
| 6 | تفنيد الأفكار اللاعقلانية "2" | 90 | التعرف على الأفكار اللاعقلانية واستراتيجيات التصدي لها |
| 7 | تفنيد الأفكار اللاعقلانية "3" | 90 | التعرف على الأفكار اللاعقلانية واستراتيجيات التصدي لها |
| 8 | الشعور بالقيمة والخبرات الدينية | 90 | إدراك أن الحرمان من الإنجاب مسالة قدرية وعليها الرضا بها |
| 9 | المرح والتسلية والسخرية | 90 | محاولة إخراج المشاركات من الجدية المبالغ بها إلى جو من المرح والتسلية. |
| 10 | الاسترخاء والتأمل | 90 | التدرب على الاسترخاء والتأمل لخفض المشاعر الاكتئابية |
| 11 | إعادة البناء المعرفي | 90 | استبدال أنماط التفكير والعبارات السلبية غير التكيفية بأنماط تكيفية وعبارات ايجابية فعالة |
| 12 | تطبيق مهارات التكيف المعرفي: التخيل | 90 | التدرب على التخيل كاستراتيجيه لخفض المشاعر الاكتئابية |
| 13 | تطبيق مهارات التكيف المعرفي: لعب الدور | 90 | التدرب على لعب الدور كاستراتيجيه لخفض المشاعر الاكتئابية |
| 14 | التقييم والوداع | 90 | توديع المشاركات وتطبيق المقياس البعدي |

**الجلسة الأولى: التعارف بين المشاركات والتعريف بالبرنامج**

**مدة الجلسة: (90) دقيقة**

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح البرنامج.

2. أن تتعرف أعضاء المجموعة الإرشادية على بعضهن البعض وعلى المرشدة.

2. إيجاد جو من الألفة بين المشاركات من خلال نشاطات كسر الجليد.

3. أن تتعرف المشاركات على أهداف البرنامج الإرشادي وطبيعته ومسلماته وخطته والدور المتوقع من المرشدة ومن المشاركات.

4. أن تتفق المشاركات على زمان الجلسة، ومكانها، ومدتها، واحترام الوقت والالتزام به لضمان نجاح سير الجلسة.

5. أن يتم إبرام عقد سلوكي تتعهد فيه المشاركات بالالتزام بإجراءات وشروط البرنامج.

6. تلخيص وإنهاء الجلسة الإرشادية.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، السبورة البيضاء، الكرتون المقوى، البطاقات الملونة.

**إجراءات الجلسة:**

- **الإجراء الأول: ( 25 ) دقيقة.**

- التمهيد وافتتاح البرنامج.

-تستقبل المرشدة المشاركات في مكان أُعد مسبقًا لتنظيم اللقاءات الإرشادية، وتقوم بالتعريف بنفسها، وتقول المرشدة :أهلا بكن في اللقاء الأول من برنامج الإرشاد الجمعي الذي أُعد لتدرب

من خلاله على بعض المهارات التي نحتاجها في حياتنا وبخاصة تلك الموجهة نحو تخفيف المشاعر الاكتئابية لديكن.

- تطلب المرشدة من المشاركات تقديم أنفسهن من حيث (الاسم، العمر، الهوايات، الطموحات).

- يتم التعارف بين المرشدة والمشاركات وبين المشاركات أنفسهن في جو تسوده الألفة والمودة والمشاركة والتعاون.

**- الإجراء الثاني: ( 25 ) دقيقة**

تنفذ المرشدة تمرين (كشف التوقعات)، حيث توزع كشف التوقعات على المشاركات على شكل بطاقة، وتطرح عليهن السؤال الآتي:

بطاقة رقم (1)

**المشاركات العزيزات: أنتن جزء من فعاليات هذا البرنامج الإرشادي الذي لا يتمّ إلا بكن وبتعاونكن ومشاركتكن، فلكي نستفيد منه ونتغلب على العقبات جميعها، لا بدّ من التواصل الجيد وتنفيذ الأنشطة والفعاليات الموجودة، ولا بدّ أيضًا أن نتفاعل مع المجموعة ونقدم العون والدعم المتبادل، وأنا لدي الثقة بكن وبقدراتكن وتجاوبكن. أرجو منكن أن تكتبن الاسم وتنتبهوا جيدًا للأسئلة الآتية:**

**1) ما سبب انضمامك للبرنامج الإرشادي.**

**2) ما التغيير الذي تتأملينه وتتطلعين إليه.**

**3) ما هو الدور الذي تتوقعين أن تقومي به في هذه المجموعة؟**

تقوم المرشدة بالحصول على إجابات الأسئلة السابقة وتقديم التغذية الراجعة، وتقوم بتوضيح مفهوم الإرشاد بشكل عام، والإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي بوجه خاص. وذلك من خلال توزيع بطاقات على المشاركات، وتكون البطاقة على النحو الآتي:

## بطاقة رقم (2)

يعرف الإرشاد بصورة عامه بأنه عملية تعليمية تعلمية تستهدف مساعدة الفرد في فهم ذاته ومعرفة خبراته وتحديد مشكلاته والتغلب عليها

، ويسعى الإرشاد إلى تحقيق أهداف كثيرة، منها: *تسهيل عملية تغيير السلوك * .تنمية طاقات المسترشد. *زيادة مهارات المواجهة * .التعامل مع المواقف والضغوط. *توافق الفرد مع ذاته وبيئته * تخفيض المشاعر السلبية والاكتئابية *تحسين العلاقات الشخصية.

**أما مفهوم الإرشاد الجمعي** فيمكن أن يعرف على أنه عملية تفاعل بين الأفراد الذين يعانون من صعوبات وخصائص مشتركة، بمعنى اجتماع مجموعة من الأفراد لديهم مشكلة واحدة يعملون سويًا لتخفيف حدة المشكلة ، والعمل على التغلب عليها، ويمكن أن يساعد الإرشاد الجمعي على التنفيس عن انفعالات الأعضاء وزيادة استبصارهم بمشكلاتهم والتعبير عن مشاعرهم وتغيير اعتقاداتهم الخاطئة.

وفي هذه المرحلة تقدم المرشدة تعريفاً بهذا البرنامج الإرشادي حيث تقول: إن هدف البرنامج الإرشادي خفض حدة المشاعر الاكتئابية لديكن والناتجة عن عدم القدرة على الإنجاب، إضافة إلى التخفيف من حدة الآثار السلبية المرافقة للاكتئاب الذي تصاب به السيدة المحرومة من الإنجاب بشكل عام.

**الإجراء الثالث: (25) دقائق**

تذكّر المرشدة المشاركات بأن أي عمل جماعي لابد أن تحكمه معايير وشروط وقـوانين، وأنه من المهم الاطلاع على عقد الاتفاق والتوقيع عليه، ثم تكرر المرشـدة شـكرها وتقـديرها للمشاركات على حضورهن وتفاعلهن الايجابي، ويتذكرهن بموعد الجلسة القادمة وتختم الجلسة.

**نموذج عقد الاتفاق**

الاسم: العمر:

**يهدف هذا العقد إلى تنظيم عمل الجماعة، وقد تم الاتفاق بين المرشدة والمشاركات في البرنامج على ضرورة الالتزام بالشروط التالية:**

**5- حضور الجلسات في المواعيد المحددة**

**6- الحفاظ على السرية التامة لما يدور داخل الجلسات**

**7- الاحترام المتبادل**

**8- الحرص على الاستفادة من البرنامج**

**أوافق أنا المسترشدة/ ...................................... على ما تم الاتفاق عليه مع المشاركات في البرنامج والمرشدة، وعلى ذلك أوقع .............**

**الواجب البيتي: ( 15 ) دقائق:**

- تلخص المرشدة ما دار في الجلسة بالتعاون مع المشاركات.
- تنوه المرشدة لموضوع الجلسة القادمة حسب البرنامج المطروح بين أيديهم وهي جلسة بناء الثقة وخفض المقاومة(كسر الجليد) وتتمنى عليهن الالتزام والحضور مؤكدة على الموعد الزماني وعلى المكان مع التذكير بالعقد المبرم.

- تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تكتب توقعاتها من البرنامج الإرشادي لم يتم ذكرها في الجلسة، وإحضارها في الجلسة القادمة لمناقشتها.
- تشكر المرشدة المشاركات وتثني عليهن وتعبر عن أمل اللقاء بهن في الجلسة القادمة وتحييهن بالوداع.

**الجلسة الثانية: بناء الثقة وخفض المقاومة (كسر الجليد)**

**مدة الجلسة: (90) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة.
2. توعية المشاركات بقواعد السلوك (حضور الجلسات، والمواعيد، والتعاون، والاعتذار في حالة الغياب الخ..) في البرنامج الإرشادي، ومساعدة المشاركات على التعرف على بعضهن أكثر مما يزيد من قدرتهن على التواصل والتفاهم.
3. مناقشة عوامل نجاح البرنامج الإرشادي، مثل السرية والمواظبة على الحضور، والمشاركة وتقديم التغذية الراجعة بين المشاركات.
4. تعزيز التقارب بين المشاركات وإشاعة جو من الألفة والدفء والراحة.
5. تلخيص وإنهاء الجلسة الإرشادية.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة، وبطاقة تعارف.

**الإجراءات:**

**الإجراء الأول: (20) دقيقة.**

- التمهيد وافتتاح الجلسة.
- ترحب المرشدة بالمشاركات وتشكرهن على الالتزام بالحضور في الموعد
- تقوم المرشدة بمناقشة أهم محاور الجلسة السابقة، وبالتعاون مع أعضاء المجموعة الإرشادية، وتقوم المرشدة بالإجابة على أسئلتهن والتركيز على الأدوار الإيجابية والتفاعل بينهن عن طريق التغذية الراجعة، والإجابة عن أية استفسارات بخصوص الجلسة السابقة.
- مساعدة المشاركات على التعرف أكثر على بعضهن البعض مما يزيد من قدرتهن على التواصل والتفاعل والتفاهم.
- تتم مناقشة الواجب البيتي السابق، وتقوم المرشدة هنا بالتأكيد للسيدات أن تحقيق التوقعات هو مسؤولية الجميع دون استثناء.
- تقوم المرشدة بالتعاون مع المشاركات بصياغة قواعد وتعليمات سلوكية خاصة بالجلسات الإرشادية وتقديمها على شكل لوحة يتم تعليقها بمكان مناسب للجميع.
- تتم قراءة جميع القواعد من قبل السيدات وكتابتها وتعليقها على الحائط لتشكل مرجعية للعمل.

- **الإجراء الثاني: (40) دقيقة.**

- تقدم المرشدة لكل مشاركة بطاقة تعارف، وتوضح المرشدة أن بطاقة التعارف تفيد في تعرف المشاركات على بعضهن البعض من جوانب متعددة وتمنح الشعور بالألفة فهي تتضمن بعض المعلومات العامة والشخصية عن السيدة المشاركة.

- تطلب المرشدة من المشاركات أن يقمن بتعبئة البطاقة خلال عشرة دقائق.

- بعد عشرة دقائق من تعبئة البطاقة تطلب المرشدة من المشاركات أن تجلس كل سيدتين بجانب بعضهما، وأن يلتفتن نحو بعضهن البعض ويبدأن بالبحث عن النقاط والجوانب المشتركة بينهما ويتبادلن السؤال الآتي: من أنتِ؟. ويشرحن ما يحببنه وما يكرهنه، وهواياتهن، وعلاقتهن الاجتماعية، ونظرتهن لبعض الأمور.

- بعد خمسة دقائق تطلب المرشدة من المشاركات أن يتحدثن عما كتبنه على البطاقات وما تحدثن به لبعضهن، وتترك المرشدة لهن الحرية في أن يتحدثن أو لا يتحدثن وتطلب من باقي المشاركات الاستماع بشكل جيد والتعليق على ما كُتب بعد موافقة المشاركات جميعهن، وتستخدم المرشدة هنا فنية تقديم الآخرين بحيث تقدم المشاركات جميعهن وتثير حماسهن عند طريق السؤال الآتي: هل تتذكرون هذه المشاركة؟، وهنا تقدم المرشدة المشاركات كل مشاركة باسمها وهذا من شانه أن يدعم أواصر الود بينهن ويسهم في إيجاد جو من الدفء.

- تلفت المرشدة انتباه المشاركات إلى أن هذه اللقاءات هي لتفريغ المشاعر والانفعالات وإفساح المجال للتعبير والبوح بمكنونات النفس وليس مكاناً للاعترافات أو تقديم النصائح، بالإضافة إلى أن كل مشاركة لها الحق في التحدث عن مشاعرها وليس عن مشاعر الآخرين وأفكارهم.

**بطاقة رقم (3)**

**بطاقة تعارف**

| |
|---|
| اسمي.................... وأحب أن ينادبني الآخرين باسم.................. |
| تخصصي............................................ |
| أنا من.............................. عمري............................ |
| هواياتي............................................ |
| هدفي في الحياة وطموحي.............................. |
| أحب في نفسي.................................... |
| لا أحب في نفسي.............................. |
| رؤيتي للمستقبل.............................. |
| أقضي وقت فراغي في.............................. |
| يشغل تفكيري.................................... |

**الإجراء الثالث: (20) دقيقة.**

-تطلب المرشدة من المشاركات في البرنامج أن يشاركن في أي نشاط ترفيهي أو رياضي، أو اجتماعي، لكي يتحدثن عن التغيرات المزاجية الايجابية التي حدثت لهن بعد القيام بالنشاط.

**الواجب البيتي: (10) دقيقة.**

- كتابة أفكار محددة حول التغيرات المزاجية الايجابية التي حدثت للمشاركات بعد المشاركة بالنشاط الترفيهي.
- تلخص المرشدة ما دار في الجلسة بالتعاون مع المشاركات.
- تنوه لموعد الجلسة القادمة وموضوعها.
- تثني على تفاعل المشاركات وتتمنى الالتزام بالحضور في المرات القادمة في نفس المكان والزمان.
- تشكر المشاركات وتعبر عن أمل اللقاء بهن في الجلسة القادمة وتودعهن.

**الجلسة الثالثة: الاستبصار والوعي وأثر التخيل العقلي في مشاعر وسلوكات المشاركة**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة.

2. زيادة وعي المشاركات بذواتهن وبغيرهن من اجل الحصول على النتائج التي يرغبن بالوصول لها في حياتهن.

3. أن تعرف المشاركات أن كل التخيلات العقلية تشكل وسائلاً مثيرة للمشاعر.

4. أن تشعر المشاركات أنفسهن بشعور سلبي وغير ملائم كرد فعل لموقف معين.

5. أن تعكس المشاركات هذه المشاعر ويندمن عليها ويحاولن على تغيير هذا السلوك.

6. تلخيص وإنهاء الجلسة الإرشادية.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة.

**الإجراءات:**

**الإجراء الأول: (20) دقيقة.**

- تمهيد وافتتاح الجلسة.
- ترحب المرشدة بالمشاركات مع الابتسامة والبشاشة والسؤال عن أحوالهن وأحوال أسرهن، وتشكرهن على الالتزام بالحضور والانضباط بالموعد المحدد.
- تناقش المرشدة المشاركات بالواجب السابق، ما نوع الأنشطة التي قمن بها في البرنامج؟ وما هي أهم التغيرات التي تم تسجيلها بعد القيام بالنشاط؟ وهل سيكررن هكذا نشاط في فرص قادمة؟

- تبين المرشدة دور الأنشطة في الحياة على الصحة النفسية، والتفاعل الاجتماعي، ودور ارتباط الأنشطة بالذكريات الجميلة.

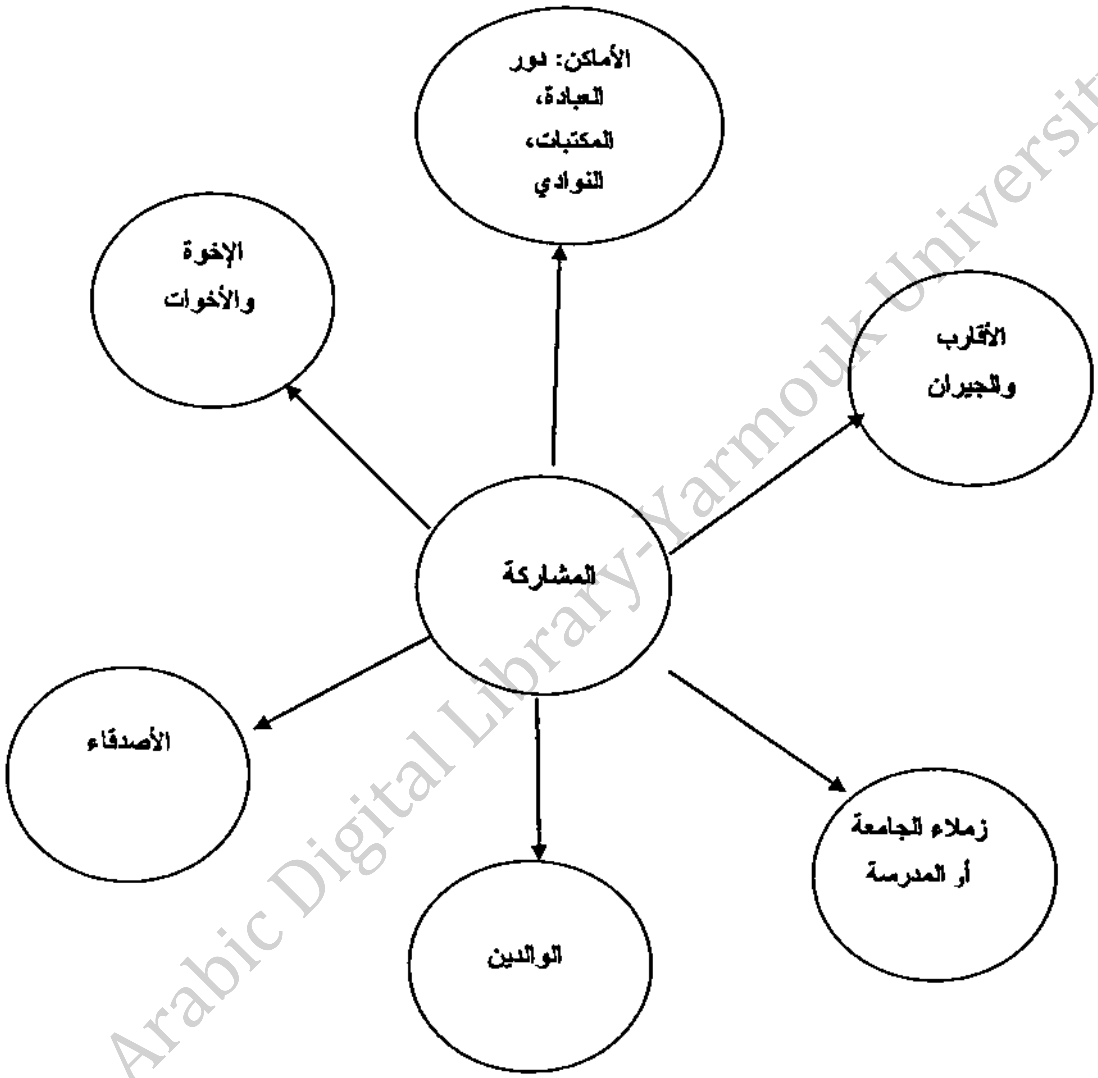
- تقدم المرشدة للموضوع من خلال عرض المعلومات المتعلقة بالوعي بالذات وبالآخرين، وتطلب من المشاركات التحاور في الموضوع والتفاعل وإبداء الرأي بحرية وتوجه لهن السؤالين الآتيين: كيف ترين ذاتك؟، ما هي الأمور التي ترغبين بتغييرها في ذاتك؟. وهذان السؤالان يقودان إلى واجب بيتي تطلبه المرشدة وهو أن تكتب المشاركات على ورقة بيضاء الأمور التي يرغبن بتغييرها في أنفسهن، والأهداف المستقبلية التي تسعى للتركيز عليها، مع ضرورة الالتزام بتنفيذ الواجب البيتي.

**- الإجراء الثاني: ( 30) دقيقة**

- تمهد المرشدة، بان الهدف من التركيز بالوعي بالذات يضمن لنا الثقة بالنفس والتي لا تعني بالضرورة أن نسير وحدنا ولكنها أقرب إلى حالة من الارتياح نصل إليها عندما نعرف من نحن ونمتلك القدرة على التصرف من هذا الوعي والإدراك.

- تعرض المرشدة تمرين شبكة الدعم الاجتماعي الذي يهدف إلى زيادة وعي المشاركة بنفسها وبالمشاركات ومعرفة مدى قربها منهن والمسافة التي يرغبن أن يكن عليها معهن، وتوضح ان قرب أو بعد المسافة لا تعتمد على الطرف المقابل فقط، بل تعتمد عليها هي نفسها؛ فتحقيق القبول والاحترام والحب يتم إذا قررنا منح الآخرين الدفء والاحترام.

## نموذج شبكة الدعم الاجتماعي




- تطلب المرشدة من المشاركات أن ترسم كل واحدة منهن شبكة الدعم الاجتماعي لها حسب ما تشعر بقربها منه.
- ثم تطلب أن يرسمن الشبكة حسب ما تتمنى كل واحدة أن تكون.
- تعرض المرشدة ما قمن به على السبورة البيضاء ليكون أمام الجميع ثم تناقش المرشدة المشاركات بكل التفاصيل السابقة.

**-الإجراء الثالث: (20) دقيقة**

- تبين المرشدة للمشاركات أهمية التخيل ومتعته.

- تطلب من المشاركات تخيل الحياة جامدة بدون أنشطة ترفيهية ورياضية واجتماعية، وكيف ستكون مملة.

- تستمع للإجابات وتترك الحرية للمشاركات في البرنامج بالنقاش والحوار والتفاعل فيما بينهن.

- تقارن المرشدة والمشاركات بين السيدة الكسولة والنمطية وبين السيدة الرياضية والقادرة على التواصل مع الآخرين اجتماعياً من حيث المظهر العام والتحمل والصحة الجسدية والنفسية.

- يجب ان يكون الحوار والتفاعل بين المرشدة والمشاركات من جهة، وبين المشاركات من جهة أخرى حراً وبناءً ويسوده جو المرح والمتعة.

**- الإجراء الرابع: (15) دقيقة**

- توزع المرشدة أوراق بيضاء وملونة وأقلام على المشاركات.

- تطلب من كل مشاركة أن تسجل مشاعرها السلبية حول موقف مرتبط بالإنجاب مر معهن سابقاً.

- بعد الانتهاء من تسجيل المشاعر السلبية تغلق كل مشاركة الورقة. ثم تجمع المرشدة الإجابات وتقوم بوضعها في صندوق.

- تعيدها مرة أخرى للمشاركات في البرنامج بطريقة عشوائية، وتجعل كل مشاركة تقرأ الورقة التي بيدها، ومشاركة أخرى تقوم بعكس هذه المشاعر السلبية إلى مشاعر إيجابية وكتابتها على ورقة زاهية ملونة وتعزز المرشدة الإجابات الصحيحة وتصوب الإجابات الخاطئة.

**الواجب البيتي ( 5) دقائق**

تعطي المرشدة المشاركات في البرنامج الواجب البيتي بأن تقوم كل مشاركة بتدريب نفسها على التخيلات العقلية الإيجابية حول الاستفادة من برنامج خفض الاكتئاب، ثم تدون المشاعر الإيجابية التي تشعر بها

- تلخيص وإنهاء الجلسة الإرشادية.

- تذكر المشاركات بموعد الجلسة القادمة وتنهي الجلسة بالثناء على الجميع.

**الجلسة الرابعة: التعريف بالمشاعر الاكتئابية**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

5. التمهيد وافتتاح الجلسة.

- معنى المشاعر الاكتئابية.
- أسبابها وعوامل نشؤها.
- أنواعها وأعراضها.
- أثرها على الفرد والمجتمع.
- الاستراتيجيات الفعالة لخفض المشاعر الاكتئابية لديهن.

6. أن تعبر كل مشاركة عن شعورها بالاكتئاب بطريقتها وبلغتها الخاصة، ومنذ متى بدأت تشعر بهذه الحالة وماذا تفعل عندما تصاب بهذه الحالة.

7. أن تتعرف المشاركات على الاستراتيجيات الخاصة بمواجهة المشاعر الاكتئابية والتخلص منها.

8. التلخيص وإنهاء الجلسة.

**الأدوات المستخدمة:**

أوراق، أقلام، بطاقات بيضاء وملونة، حاسوب

**الإجراءات:**

- **الإجراء الأول: (30) دقيقة.**

- تمهيد وافتتاح الجلسة.

-ترحب المرشدة بالمشاركات وتشكرهن على الالتزام بالحضور وتطمئن على أحوالهن.

-تذكرهن بأحداث الجلسة السابقة وتسألهن إن كان عندهن أية أسئلة وأية استفسارات.

**الإجراء الثاني (35) دقيقة:**

- تقدم المرشدة لموضوع الجلسة من خلال طرح الأسئلة على المشاركات والتي تهدف من أسئلتها التعرف على أفكارهن وانفعالاتهن وسلوكياتهن من خلال الحوار وتبادل الحديث وذلك بقولها:

- ما معنى المشاعر الاكتئابية؟ وماذا تعني لكن؟

- ما الأسباب التي تعتقدنّ أنها تؤدي إلى ظهور المشاعر الاكتئابية؟

- بعد ذلك تقوم المرشدة بعرض بعض المعلومات المتعلقة بالاكتئاب والمشاعر الاكتئابية من حيث أسبابها وعواملها وأنواعها.

**الواجب البيتي ( 25) دقيقة**

- تلخص المرشدة بشكل شفوي سريع تعريف الاكتئاب والمشاعر الاكتئابية.
- تطلب المرشدة من المشاركات تدوين أفكارهن حول المشاعر الاكتئابية على ورقة بيضاء لقراءتها أمام المشاركات في الجلسة القادمة.
- تلخص المرشدة ما دار في الجلسة، وتثني على المشاركات على أمل اللقاء في المرة القادمة مع تذكيرهن بمكان وزمان الجلسة القادمة.

**الجلسة الخامسة: تفنيد الأفكار اللاعقلانية (1)**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الفكرة اللاعقلانية:** يمكن للسيدة المحرومة من الإنجاب أن تحقق سعادتها في البيت عن طريق التجاهل والخمول والكسل وتجنب الناس.

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة
2. أن تتعرف المشاركات على ماهية الفكرة اللاعقلانية.
3. أن تتعرف المشاركات إلى استراتيجيات التصدي للأفكار اللاعقلانية.
4. أن تتعرف المشاركات إلى استراتيجيات التصدي للسلوكيات الناجمة عن الأفكار اللاعقلانية.
5. تلخيص وإنهاء الجلسة الإرشادية.

**الأدوات المستخدمة:**

أوراق، أقلام، بطاقات بيضاء وملونة، حاسوب

**الإجراءات:**

**- الإجراء الأول: (30) دقيقة.**

- تستقبل المرشدة المشاركات باهتمام وترحب بهن وتسأل عن أحوالهن، وتشكرهن على الحضور والالتزام.

- مناقشة الواجب البيتي السابق حول المشاعر الاكتئابية وأسبابها وعوامل نشوءها.

- توضح المرشدة بكلمات مبسطة مفهوم الفكرة اللاعقلانية وأنها غير منطقية لأن الفرد بدون المشاركة والتفاعل الإيجابي مع الآخرين يعرض نفسه للعزلة والانطواء ويطور أفكار اكتائبية، ولن يستطيع التسلية من غير المشاركة بالمرح والنكات والأنشطة الرياضية.

- تلفت انتباه المشاركات إلى أنه سيتم استخدام نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية.

- توزع المرشدة بطاقة توضح فيها مفهوم الفكرة اللاعقلانية

**بطاقة (4)**

إن الأفكار اللاعقلانية هي تصورات لامنطقيه يحكم الفرد من خلالها على الأحداث في اغلب الظروف وتتمثل في:

السلبية : فمثل هؤلاء الأفراد يعتقدون أن تعاستهم تأتي من ظروف خارج إرادتهم فسوء الحظ هو سبب الفشل وليس بمقدورهم التغلب على هذه الظروف لأنها أقوى منهم وان النجاح لا يمكن إدراكه إذا لم يكن المرء محظوظا.

الانهزامية : هي نمط من الشخصية تتجنب صعوبات الحياة ومسؤولياتها بدل مواجهتها والانهزاميون يبحثون عن الراحة قبل كل شيء وآراؤهم تؤكد على عدم الوقوف بوجه القوي حتى وان كانوا مظلومين ...فالحياة قصيرة ويجب ألا نقضيها بمواجهة الصعوبات وعلى الإنسان أن يبقى في الخلف حتى لا يكون بمواجهة الآخرين

الاتكالية : حيث يعتمد الاتكالي على الآخرين لأنه يعتقد أن هذا يجعل أمور الحياة مريحة ويعتقد أن السلوك الحاضر يتحدد مسبقا ولا يمكن تغييره وان الإنسان محكوم بقدره .

ضيق الأفق : الأشخاص الذين يتصفون بضيق الأفق يملكون حلولا جاهزة أو قوالب للمشكلات التي تواجههم وهم يستلون واحده منها عند الحاجة فمثاليتهم متحجرة- إن صح التعبير - فهناك حل نموذجي لكل مشكلة وهم إن لم يصلوا إلى مثل هذا الحل ، تحدث الكارثة من

وجهة نظرهم . وهذا يشير بوضوح إلى عدم الاتزان الانفعالي وضعف الجهاز النفسي لهؤلاء .

عدم التسامح : وهؤلاء يؤمنون بالعقاب الصارم وسيلة وحيدة لتصحيح الأخطاء وبالذات الحدود القصوى للعقوبة ولا يستطيعون أن يغفروا لمن أساء إليهم حتى ان كان الخطـأ بسيطا ، ومن وجهة نظرهم لابد من نبذ المخطئ والتشهير به .

شدة الحساسية: ويلاحظ على هذا النوع من الأشخاص أنهم منشغولون بشكل دائم بهمومهم حيث لا تفارقهم الأفكار السوداوية عن المخاطر التي من المحتمل أن يقعوا فيها والفشل بما سوف يقومون به من أعمال أكثر من تفكيرهم بالنجاح وتستحوذ على خيالاتهم الفواجع التي من الممكن ان تحدث مثل موت الأحبة والتعرض للدهس والسرقة ....الخ

**- الإجراء الثاني: (30) دقيقة:**

تطلب المرشدة من المشاركات في البرنامج الإجابة على الأسئلة الآتية:

- هل نستطيع تحويل الفكرة اللاعقلانية التي تقول: إنك تصل إلى أقصى السعادة الإنسانية بالخمول والكسل وعدم العمل أو بتسلية نفسك دون الالتزام بشي إلى فكرة عقلانية؟
- ما هي المكاسب التي يجنيها الفرد عندما يتمسك بهذه الفكرة اللاعقلانية؟
- كيف تساهم هذه الفكرة اللاعقلانية في تطوير الأعراض الاكتئابية لديكن والناتجة عـن الحرمان من الإنجاب؟

**- الإجراء الثالث (25) دقيقة:**

-تقوم المرشدة بعرض نموذج على المشاركات في البرنامج موضحة فيه طريقة تفنيد هذه الفكرة ودحضها. مبينة في النموذج الحدث، ثم الفكرة اللاعقلانية، ثم النتائج السلوكية والانفعالية.

– يمكن للمرشدة الاستعانة ببرمجية محوسبة تحتوي على الصورة والصوت لاستثارة دافعية المشاركات وحفزهن للانتباه.

**نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية :**

**A- الأحداث والمثيرات البيئية Activating events :**

تقاعست سيدة محرومة من الإنجاب عن القيام بواجباتها الاجتماعية وممارسة المشي والنشاط الرياضي وتجنب الناس مما أصابها بالملل والسمنة والخوف والقلق.

**B - الفكرة اللاعقلانية :Irrational Beliefs**

يستطيع الفرد أن يصل إلى أقصى السعادة الإنسانية بالخمول والكسل وعدم العمل أو بتسلية نفسه دون الالتزام بشي

**C– النتائج Consequences :**

4- زيادة في الوزن وضعف عام في القدرات الجسمية .

5- كآبة وملل وحرمان من التفاعل الإيجابي مع الآخرين .

6- شعور بالفراغ والوهن وفقدان الطاقة.

**D– تفنيد الأفكار اللاعقلانية :Disputing**

ينبغي على الفرد أن يعرف الفوائد الصحية التي تحققها الرياضة في التخلص من الكسل والخمول ويدرك أن الحياة بدون تسلية وترفيه هي كآبة وفراغ.

E- الآثار المترتبة على التفنيد :Effects

- استبدال فكرة أن السعادة تأتي من الكسل والخمول، بفكرة أن السعادة تأتي من المبادرة والتفاعل والإنجازات.
- الوعي بأضرار الكسل والعزلة والإهمال.
- توضيح دور الكسل والخمول في تطوير أعراض الاكتئاب.
- انخفاض مستوى السكر في الدم.

F- مشاعر جديدة :New Feeling

- الاستفادة من أخطاء الآخرين .
- طرد التخيلات السلبية والمشاعر المؤذية للذات.
- المبادرة في التخلص من الكسل والخمول بالانضمام إلى الأنشطة الرياضية والمشاركة الاجتماعية.

- الواجب البيتي (5) دقائق

- تذكر كل مشاركة موقفا ما تكاسلت فيه عن القيام بعملها، وما هي المكاسب التي حققتها نتيجة خمولها، وأدى هذا الموقف إلى فكرة لاعقلانية، ثم تحاول تفنيدها مستفيدة من نموذج تفنيد الفكرة اللاعقلانية.
- تذكر المرشدة المشاركات بموعد الجلسة القادمة وتودعهن بحفاوة.

## الجلسة السادسة: تفنيد الأفكار اللاعقلانية (2)

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الفكرة اللاعقلانية:** إنك تستطيع وبسهولة تجنب كثير من المشاكل بدلاً من تنظيم نفسك ومواجهتها.

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة

2. أن تعرف المشاركات في البرنامج مفهوم هذه الفكرة اللاعقلانية .

3. أن تناقش المشاركات في البرنامج الأسباب التي تجعل هذه الفكرة لاعقلانية، وكذلك النتائج التابعة لها .

4. أن تتدرب المشاركات في البرنامج على نموذج تفنيد الفكرة اللاعقلانية، للوصول إلى نتائج منطقية .

**الأدوات المستخدمة:**

أوراق، أقلام، بطاقات بيضاء وملونة، حاسوب

**الإجراءات:**

- **الإجراء الأول: (30) دقيقة.**

- تستقبل المرشدة المشاركات بحفاوة، وتناقش معهن الواجب البيتي السابق، عن المكاسب التي حققها الأعضاء نتيجة الخمول والكسل وعدم القيام بالواجبات.

- تعيد المرشدة توضيح مفهوم الفكرة اللاعقلانية العام ( بطاقة 4) ، وأن تهرب السيدة المحرومة من الإنجاب من أداء واجباتها الاجتماعية والشخصية والمهنية تسبب مشاكل عديدة مثل: تراكم الأعمال، والتذمر، وهذا يؤدي فيما بعد إلى مشكلات، والى الشعور بعدم الرضا

وفقدان الثقة بالنفس. والحياة السعيدة لا تعني الهروب من الواجبات ، فالإنسان العقلاني هو الذي يؤدي واجباته وينظم حياته ويتحمل مسؤولياته دون تذمر أو ألم، لأن تجنب القيام بالمسؤوليات يؤدي إلى نتيجة أشد وأكثر أذى من مواجهتها.

**- الإجراء الثاني (20) دقيقة:**

- تطلب المرشدة من المشاركات في البرنامج الإجابة عن الأسئلة التالية، وتشجع تبادل الحوار والأفكار فيما بينهن:

1- هل نستطيع أن نتخلص من المشاكل بدون تنظيمها؟

2- كيف تؤدي هذه الفكرة اللاعقلانية إلى الاكتئاب؟

3- إذا تمسك الفرد بهذه الفكرة اللاعقلانية كيف ستكون مشاعره وسلوكياته ؟

**- الإجراء الثالث: (30) دقيقة:**

تقوم المرشدة في عرض نموذج على المشاركات في البرنامج موضحة فيه طريقة تفنيد هذه الفكرة ودحضها. مبينة في النموذج الحدث، ثم الفكرة اللاعقلانية، ثم النتائج السلوكية والانفعالية.

**نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية**

**A- الأحداث والمثيرات البيئية: Activating events**

صفية سيدة محرومة من الانجاب، وترى أن المشاركة مع الأسرة في متطلبات الحياة اليومية جهد لا يقوم به إلا الأصحاء ولعدم قدرتها على التعامل مع المتطلبات الدراسية والعائلية والوظيفية، فإنه تتجنب القيام بواجباتها بدلاً من مواجهتها وتنظيم وقتها، لذا فهي تتجنب مراجعة الطبيب وتعتقد أنها لن تنجب مهما أخذت أدوية أو مهما لجأت إلى وسائل لمساعدتها على الحمل

لان حالتها النفسية متعبة جداً، وقد فقدت الأمل في الحياة وهي تسعى إلى الطلاق من زوجها لأنها تعتقد أنها إنسانة فاشلة لأنها لم تنجب.

**B - الفكرة اللاعقلانية: Irrational Beliefs**

إن التهرب من تحمل المسؤوليات أسهل بكثير من مواجهتها .

**C- النتائج: Consequences**

1- تراكم العديد من المشاكل .

2- ازدياد حالات القلق والتوتر والغضب والعزلة الاجتماعية.

3- القيام بأعمال غير أخلاقية كالكذب والتهرب الاجتماعي.

4- تدني مفهوم الذات وعدم ثقة الفرد بنفسه .

5- صراعات أسرية ومهنية وشخصية .

6- الاكتئاب

**D- تفنيد الأفكار اللاعقلانية Disputing:**

1- يجب الإقناع بضرورة أداء الواجبات والقيام بالمهمات الضرورية .

2- إذا لم يقم الفرد بتلك الواجبات والمهام والمتطلبات فما هو البديل المناسب والقانوني الذي يمكن الاعتماد عليه .

3- إن تأدية الواجبات والمهمات مصدر سعادة للفرد ويساعده على بناء الثقة بذاته بعكس تجنب المواقف والمسؤوليات .

4- إن عدم القيام بالمسؤوليات يمكن أن يكون متعباً أكثر مما لو ألزم نفسه بهذه المهمات والمسؤوليات وقام بأدائها .

E- الآثار المترتبة على التفنيد: Effects

1- القدرة على إتباع أسلوب علمي في حل المشكلات .

2- الشعور بالسعادة والراحة بسبب الثقة في التعامل مع المسؤوليات والمتطلبات .

3- بناء علاقات ايجابية واجتماعية مع الأفراد المقربين والمحيطين به .

4- السعي نحو إجراءات سلوكية وقائية وعلاجية للمشكلات الدراسية والمالية والأسرية .

F- مشاعر جديدة: New Feeling

- الشعور بالراحة والطمأنينة

- غياب حالة التوتر والقلق المستمر

- الابتعاد عن السلوكيات غير المرغوبة وتقبل الآخرين .

- **الواجب البيتي (10) دقائق:**

تعطي المرشدة الواجب البيتي بأن كل مشاركة في البرنامج لها الحرية في اختيار تنظيم مكتبتها، أو غرفتها، أو أغراضها الشخصية، ثمّ تسجل المكاسب التي حصلت عليها مقارنة بعدم تنظيمها لأعماله في السابق وتختم الجلسة.

## الجلسة السابعة: تفنيد الأفكار اللاعقلانية (3)

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الفكرة اللاعقلانية:** إن من لا تنجب الأطفال تبقى عرضة للعزلة والرفض، وإن ماضيها وأحداثه يبقى ماثلاً أمام عينيها وإذا حدث لها بالماضي أمر يبقى تأثيره طول عمرها.

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة
2. أن تتعرف المشاركات في البرنامج على مفهوم هذه الفكرة اللاعقلانية.
3. أن تناقش المشاركات في البرنامج الأسباب التي تجعل هذه الفكرة لاعقلانية، وكذلك النتائج التابعة لها .
4. أن تتدرب المشاركات في البرنامج على نموذج تفنيد الفكرة اللاعقلانية للوصول إلى نتائج أكثر منطقية .

**الأدوات المستخدمة:**

أوراق، أقلام، بطاقات بيضاء وملونة، حاسوب

**الإجراءات:**

- **الإجراء الأول (30) دقيقة**

- تستقبل المرشدة المشاركات في البرنامج وترحب بهن، وتناقش معهن الواجب البيتي الذي طرح عليهن في الجلسة السابقة عن تنظيم الوقت والأشياء الخاصة بهم.

- تنتقل المرشدة إلى مفهوم الفكرة اللاعقلانية ثم توضح أن هذه الفكرة لا عقلانية وغير منطقية لأنه قد يبدو لك أنه من الصعب تغيير المشكلات المتعلقة في الماضي ، إلا أنه ليس

مستحيلاً، والشخص العقلاني المنطقي يعترف بأن الخبرات الماضية هي جزء مهم في حياته ، ولكنه في المقابل يدرك أيضاً أنه من الممكن تغيير الحاضر، وعدم الاستسلام للماضي كعذر للهروب من الواقع.

**- الإجراء الثاني (30) دقيقة**

- لماذا فكرة أن ماضيك وأحداثه يبقى تأثيره طول عمرك هي فكرة لاعقلانية ؟

- كيف تؤدي هذه الفكرة إلى الاكتئاب؟

- ما هي النتائج التي يكتسبها الفرد من التمسك بهذه الفكرة؟

**- الإجراء الثالث (20) دقيقة**

- توظف المرشدة قصة حياة (ألبرت إليس) وكيف طور نموذجه رغم مرضه، وكيف كانت حالته المرضية دافعاً له للإبداع.

ولد ألبرت إليس عام 1913، وتوفي في الرابع والعشرين من تموز عام 2007، وهو عالم نفس أمريكي طوّر نظرية العلاج العقلي الانفعالي السلوكي .(REBT) وقد حصل على درجتي الماجستير والدكتوراة في علم النفس السريري من جامعة كولومبيا والمجلس الأمريكي في علم النفس المهني، كما أنه أسس معهد ألبرت أليس الذي يوجد مقره في مدينة نيويورك وترأسه لعقود (زهران، 1997).

وهو ابن عائلة يهودية في 27 سبتمبر 1913م في مدينة بتسبرغ بولاية بنسلفانيا الأمريكية، وهو أكبر إخوانه سنا، ولديه أخ يصغره بسنتين وأخت تصغره بأربع سنوات. وقد عانى أليس في بداية حياته من عدة نواحي، فقد كان أبوه رجل أعمال حقق نجاحات ضئيلة وانشغل بأعماله عن أبنائه، ولذلك عانى إليس (Ellis) من إهمال أبيه وأمه، حيث كانت أمه أيضا لا تهتم به

وإخوته، فكانوا إذا أرادوا الذهاب إلى المدرسة تكون الأم نائمة ، ويضطر إليس (Ellis) لأن يهتم بأخته وأخيه فيلبسهما بنفسه ملابسهما مثلا قبل الذهاب إلى المدرسة، وعندما يعودون من المدرسة لا يجدون أمهم في البيت. وكذلك فإن أليس عانى من عدة أمراض في مقتبل عمره، فقد تم تنويمه في المستشفى ثمان مرات من سن الخامسة إلى سن السابعة نظرا لإصابته بأمراض منها مرض الكلى والتهاب اللوزتين.ورغم هذا عانى من عدم اهتمام والديه به حتى وهو في حالة الحمى والمرض، فكانا نادرا ما يزورانهما في المستشفى أو يقدمان له النصيحة. كذلك عانى أليس من صعوبة التكلم أمام الجمهور ومن الخجل الزائد في مرحلة المراهقة، ولكنه استطاع أن يتخلص من هذه المشكلات فيما بعد.

– تقوم المرشدة بعرض نموذج على المشاركات في البرنامج موضحة فيه طريقة تفنيد هذه الفكرة ودحضها. مبيناً في النموذج الحدث، ثم الفكرة اللاعقلانية، ثم النتائج السلوكية والانفعالية

**نموذج تفنيد الأفكار اللاعقلانية**

**A- الأحداث والمثيرات البيئية: Activating Events**

صديقك يرفض دعوتك له لحضور حفلة عيد الميلاد.

**B - الفكرة اللاعقلانية: Irrational Beliefs**

من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مقبولاً من كل فرد من أفراد البيئة المحلية.

**C– النتائج Consequences:**

الشعور بالإحباط والحزن والندم والبكاء ورفض المشاركة مع الآخرين والتعرض للفشل، التضحية بالرغبات لإرضاء الآخرين.

**D- تفنيد الأفكار اللاعقلانية: Disputing**

لماذا يجب أن يكون الفرد محبوباً من قبل الآخرين، ما الأدلة التي تثبت صحة هذا الادعاء؟، من هو الشخص الحاضر والماضي الذي حظي بمحبة جميع الناس، وكيف يمكن لنا التحقق من صحة هذه الأفكار؟.

**E- الآثار المترتبة على التفنيد: Effects**

- السلوكية: التوقف عن البكاء والمشاركة الجادة، والحضور مع الآخرين.
- الانفعالية: رفض الشعور بالحزن والندم والإحباط.
- العقلانية: الشخص المنطقي لا يضحي برغباته إرضاء للآخرين.

**F- مشاعر جديدة: New Feeling**

- الشعور بالراحة النفسية.
- تقبل الآخرين.
- تقبل أعذار الآخرين وظروفهم.

**الإجراء الثالث(10) دقيقة**

تقديم هذا النموذج كواجب بيتي لتطبق عليه المشاركات أي موقف أو أي حدث يمر بهن. وتقوم المرشدة بتلخيص الجلسة وإنهائها مع شكر المشاركات والثناء عليهن وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

## الجلسة الثامنة: الشعور بالقيمة والخبرات الدينية

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة.
2. أن تستعرض المشاركات الخبرات الدينية لديهن.
3. أن تدرك المشاركات أن الحرمان من الإنجاب قدر من الله ويصيب أياً كان.
4. أن تتعزز الخبرات الدينية الايجابية لدى المشاركات.

**الأدوات المستخدمة:**

السبورة البيضاء، أوراق، أقلام، بطاقات بيضاء وملونة، أقلام فلوماستر. مواقع الكترونية دينية – إن توفرت–

**الإجراءات**

- **الإجراء الأول: (20) دقيقة**

- تكتب المرشدة على السبورة الآية القرآنية (**يهب لمن يشاء إناثا ويهب لمن يشاء الذكور أو يزوجهم ذكرانا وإناثا ويجعل من يشاء عقيما**). (الشورى، 49-50).

- تطلب المرشدة من المشاركات التأمل في الآية الكريمة وكتابة كل الأفكار التي تجول بخاطرهن عند قراءتها.

- تربط المرشدة بين الرضا بقضاء الله والحد من الاكتئاب، وتخضع الموضوع لنقاش مطول مع المشاركات.

- **الإجراء الثاني: (20) دقيقة**

- تطلب المرشدة من المشاركات عرض خبراتهن الدينية المرتبطة بالحرمان من الإنجاب.

- تطلب المرشدة من كل مشاركة ان تذكر حالة سلبية تمر بها عند التفكير بحالاتها، وحالة ايجابية عندما تفكر أن الله اختار لها الأفضل.

- تدير المرشدة جلسة حوارية حول مسامحة الذات والرضا بقدر الله.

- يتم تلخيص الجلسة ككل وختمها.

**الإجراء الثالث (35) دقيقة**

إعطاء محاضرة دينية من خلال استضافة واعظة وإعطاء درس حول الأجر والثواب على صبرهن وتذكرهن بقصص الصابرات والأجر الذي أعده الله لهن على صبرهن.

**الواجب البيتي: (15) دقيقة**

- تطلب المرشدة من النساء القادرات على استخدام الانترنت الدخول لمواقع دينية والبحث عن قصص فيها الرضا بالقضاء والقدر لسردها أمام زميلاتهن اللواتي لا يستخدمن الانترنت في الجلسة القادمة أو عن طريق التواصل الشخصي فيما بينهن. (تختار المرشدة مجموعة من المواقع الالكترونية وتوزعها على شكل بطاقات على السيدات). وتلخص المرشدة ما دار في الجلسة، وتثني على المشاركات وتكرهن بموعد الجلسة القادمة.

**الجلسة التاسعة: المرح والتسلية والسخرية**

**مدة الجلسة ( 90 ) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة.

2. أن تتدرب المشاركات على أسلوب المرح .

3. أن تركز المشاركات على نشاطات التسلية أكثر من التركيز على هزيمة أنفسهن.

4. محاولة إخراج المشاركات من الجدية المبالغ فيها والتي قد تضخم وتفاقم مشكلة الاكتئاب.

5. أن تسخر المرشدة والمشاركات في البرنامج من الأفكار اللاعقلانية، لكي تتقبل المشاركة نفسها بكل ما فيها.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة.

**الإجراءات:**

**– الإجراء الأول (30) دقيقة**

– ترحب المرشدة بالمشاركات وتناقش معهن الواجب البيتي الذي طرح عليهن في الجلسة السابقة.

– تقوم المرشدة بمناقشة الأعضاء عن الأفكار اللاعقلانية في الجلسات الماضية بأسلوب مرح ونكات، بمشاركة الأعضاء وتطمئن المشاركات بأنهن استبدلن الأفكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية، وقد سنحت الفرصة الآن للسخرية والضحك على الأفكار اللاعقلانية.

– تطرح المرشدة قصص مماثلة وتترك حرية الفكاهة والتعبير الساخر للمشاركات.

- **الإجراء الثاني: (30) دقيقة**

-تطبق المرشدة تمرين الآنسة (دندن)

- تجلس المرشدة والمشاركات بشكل دائري وتوجه المرشدة إلى المشاركة التي على يمينها السؤال الآتي: هل رأيت الآنسة دندن؟ تجيب المشاركة التي على يمينها: لا، لم أرها، ولكن سأسأل جارتي وتلتفت إلى المشاركة التي على يمينها وتسألها: هل رأيت الآنسة دندن؟ تجيب المشاركة التي على يمينها: لا، لم أرها، ولكن سأسأل جارتي.. ويستمر التمرين بهذه الطريقة حتى يسألن جميعهن هذا السؤال.

- أثناء التمرين لا يسمح للمشاركات بالابتسام أو الضحك أو إظهار أسنانهن، وإذا فعلت إحدى المشاركات ذلك تخرج من اللعبة وتستمر اللعبة حتى تبقى مشاركة واحدة تكون هي الفائزة ولها جائزة.

- **الإجراء الثالث: (30) دقيقة**

تطلب المرشدة من المشاركات في البرنامج القيام بالتمثيل الدرامي حول فكرة لاعقلانية، وتمثيلها بأسلوب هزلي مثلاً: قصة لرجل يقوم بدور المريض عندما يطلب إليه القيام في واجباته، ويزول عنه المرض عندما يقوم بواجبه شخص آخر.

ثم تطلب المرشدة من المشاركات تبادل الزيارات أو الذهاب معاً لاماكن ترفيهية لقضاء وقت لطيف.

## الجلسة العاشرة : الاسترخاء والتأمل

**مدة الجلسة: (90) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

**التمهيد وافتتاح الجلسة**

1- تدريب المشاركات على توظيف استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي

2- تدريب المشاركات على الاسترخاء العضلي والتأمل.

3- أن تدرك المشاركات دور الاسترخاء والتأمل في خفض التوتر ومستوى الاكتئاب.

4- أن تمارس المشاركات الاسترخاء والتأمل.

**الأدوات المستخدمة:**

السبورة البيضاء، أقلام فلوماستر، نسخة مطبوعة من تدريبات الاسترخاء العضلي، شموع وأزهار ونباتات، وساعة يد،

**الإجراءات:**

**- الإجراء الأول : (30) دقيقة**

- ترحب المرشدة بجميع المشاركات وتناقش معهن الواجبات السابقة.

- تشرح المرشدة للمشاركات الآثار النفسية والاجتماعية التي تواجهها السيدة المحرومة من الإنجاب والتي يمكن أن تزيد من المشاعر الاكتئابية.

- تخضع المرشدة الموضوع لنقاش جماعي مع المشاركات وتقدم لهن التغذية الراجعة.

توضح المرشدة للمشاركات بأن هذه الجلسة (الاسترخاء والتأمل) هي جلسة لاستكمال التعامل مع المشاعر الاكتئابية والتصدي للأفكار اللاعقلانية المتعلقة بها.

- **الإجراء الثاني: (30) دقيقة**

- تقدم المرشدة الموضوع من خلال التوضيح بأن الاسترخاء والتأمل هي عملية حصر التركيز والانتباه على شيء يجعلك تشعر بالراحة والاسترخاء، وربما يوفر الصفاء الذهني ووضوح الرؤيا حول الحياة، وتتضمن تدريب الشخص على التخلص من الأفكار السلبية والانهزامية والذكريات المؤلمة ويحل محلها أفكار ايجابية تشحن طاقاته النفسية وتحفزها للانطلاق من جيد في الاتجاه السليم.

- تبين المرشدة أثر تدريبات الاسترخاء والتأمل على حياة المشاركات فهي تفيد في محاسبة النفس ومعاتبتها والشعور بالسلام الداخلي والشعور بالانسجام بين الروح والعقل والجسد وتساعد على ترتيب الأفكار وتسلسل الأولويات والشعور بالراحة والطمأنينة.

- تسأل المرشدة المشاركات إذا كان أحد منهن قد سبق واستخدم هذه التمرينات أو المهارات في حياته، وتطلب ممن استخدمنها أن يتحدثن عن أحاسيسهن تجاه ذلك قبل وبعد ممارسة هذه التدريبات والمهارات.

- أن تدرك المشاركات دور الاسترخاء والتأمل في خفض مستوى المشاعر الاكتئابية لديهن.

- **الإجراء الثالث: (25) دقيقة**

- تجهز المرشدة المكان الملائم لممارسة الاسترخاء والتأمل الذي يجب أن يكون مريحاً ونظيفا وهادئاً وخالياً مما يشتت الانتباه ويفضل إغلاق الهاتف وان يوجد في المكان مقعد مريح وساعة لتحديد الوقت ومن الممكن إضافة بعض الشموع أو الزهور أو النباتات.

- تطلب المرشدة من المشاركات ممارسة التأمل والاسترخاء مرتين في اليوم على الأقل إلى أن يصبح جزء من نظام حياتهن.

– تطلب المرشدة التطوع من أحد المشاركات أن تتنفس بعمق وتستعد للتدريب على أسلوب الاسترخاء العضلي كأحد الأساليب التي لها دور في حلول بعض المشكلات، ثم تدربها أمام جميع المشاركات في البرنامج كالآتي:

– استرخ على سرير مريح ثم تنفسي بعمق ثلاث مرات متتالية.

– أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام، وشديها بقوة، ولاحظي التوتر الذي تشعرين به في يدك، واسترخ الآن، وافتح يدك.

– أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام، وشديها بقوة، ولاحظي التوتر والشد الذي تشعرين به في يدك، واسترخ وافتحي يدك.

– أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام، واثن ذراعك بقوة حتى تتوتر العضلة في أعلى ذراعك، الآن استرخ ولاحظي الدفء الذي ينتشر في ذراعك وأصابعك.

– الآن أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام، واثن ذراعك بقوة حتى تتوتر العضلة في أعلى ذراعك، واسترخ الآن وركزي على المشاعر ولاحظي الاسترخاء والدفء.

– أغلق راحة يدك اليمنى وراحة يدك اليسرى بكل قوة ممكنة، واثن ذراعيك أيضاً، لاحظي التوتر الذي تشعرين به الآن، استرخ واشعر بالدفء والراحة.

– الآن شد عضلات جنبيك، وأغلق عينيك بقوة، لاحظ التوتر في مقدمة راسك وفي عينيك ، استرخ الآن وقارني مابين مشاعر الشد والتوتر ومشاعر الاسترخاء والراحة.

– لننتقل الآن إلى فكيك، أطبقيهما بقوه ارفعي ذقنك بقوة إلى الأعلى حتى تتوتر عضلات رقبتك، ابق كما أنت قليلاً، أغلق شفتيك بقوة، الآن استرخ واشعري بالراحة.

- الآن، أغمض عينيك بقوة، أطبقي فكيك، ارفع ذقنك إلى الأعلى بقوة وأغلق شفتيك بقوة ، لاحظي التوتر في جنبيك وعينيك وفكيك وشفتيك ورقبتك، الآن، استرخ كاملاً، واستمتعي بمشاعر الاسترخاء.
- ادفعي بكتفيك بقوة إلى الأمام إلى أن تشعرين بتوتر شديد في عضلات الجزء الأعلى من ظهرك، اضغط بقوة، ابق كما أنت، الآن استرخ.
- مرة أخرى ادفع بكتفيك إلى الأمام وفي نفس الوقت شد عضلات بطنك إلى الداخل إلى أقصى درجة ممكنة، لاحظي التوتر في منطقة المعدة، ابق كما أنت الآن استرخ، وقارني بين مشاعر الشد التوتر وبين مشاعر الراحة والاسترخاء.
- الآن، سوف نقوم بعمل مسح لجميع العضلات السابقة: أولا تنفسي بعمق ثلاث مرات، أغلق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى بإحكام، اثن ذراعيك بقوة وأغلق شفتيك، لاحظي التوتر في كل جزء في جسمك، استرخ الآن وتنفس بعمق، استمتعي بزوال التوتر وفكري بالاسترخاء العام في كل عضلاتك، في ذراعيك ورأسك وكتفيك وبطنك، كل ما عليك عمله هو الاسترخاء.
- الآن دعينا ننتقل إلى رجليك، اضغطي على كعب قدمك اليمنى إلى الأسفل ارفع أصابع قدمك إلى أن تشعر بتوتر شديد الآن استرخ.
- اضغط الآن على كعب القدم اليسرى بشدة إلى الأسفل، وارفع أصابعك رجلك حتى تشعرين بتوتر شديد الآن استرخ.
- سننتقل الآن إلى الرجلين معاً اضغط على كعبيك إلى الأسفل بقوة، وارفع أصابع رجليك إلى أقصى درجة ممكنة، ابق كما أنت، الآن استرخ.

- الآن، تنفسي بعمق ثلاث مرات، شد العضلات التالية كما فعلت من قبل ، راحة يدك اليمنى والعضلة في أعلى الذراع، راحة يدك اليسرى والعضلة في أعلى الذراع ، الجبين والعينين والفكين والرقبة والشفتين والكتفين والبطن والرجلين ابق كما أنت قليلاً، الآن استرخ، تنفس بعمق ثلاث مرات، استرخ، تنفس كالمعتاد واستمتع بالاسترخاء العام في جسمك.

**- الواجب البيتي: (5) دقائق**

- تتدرب كل مشاركة على تمرينات الاسترخاء العضلي، وتعطي المرشدة جميع المشاركات في البرنامج نسخة مطبوعة من التمرين.

- تلخص المرشدة ما دار في الجلسة وتذكرهن بموعد الجلسة القادمة وتنهي الجلسة.

## الجلسة الحادية عشرة: إعادة البناء المعرفي

**مدة الجلسة: (90) دقيقة**

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة

2. تدريب المشاركات على مهارات التكيف المعرفية لإحداث التغيير المعرفي لديهن.

3. تدريب المشاركات على تحديد الأنماط الخاصة بالتفكير السلبي غير المنطقي أو غير التكيفي ومساعدتهن على تفهم الأثر السلبي لأنماط التفكير هذه.

4. استبدال أنماط التفكير والعبارات السلبية غير التكيفية بأنماط تكيفية وعبارات ايجابية فعالة

**الأدوات المستخدمة:**

بطاقات بيضاء، بطاقات ملونة، أقلام

**الإجراءات:**

- **الإجراء الأول: (30) دقيقة**

– تقوم المرشدة بالتوضيح للمشاركات أن إعادة البناء المعرفي يشمل: التبرير المنطقي، وتحديد الأفكار، وتحويل العبارات السلبية إلى عبارات ايجابية، وتعزيز الذات وتشرح كل منها على حدة.

- يمكن أن توزع المرشدة بطاقات أو مطويات تتضمن هذه المفاهيم.
- تتلقى المرشدة الأسئلة من المشاركات حول إعادة البناء المعرفي.
- تجيب عن الأسئلة وتدوير حواراً حولها.

- الإجراء الثاني: (30) دقيقة

- تطرح المرشدة الفكرة التالية أمام المشاركات: من الضروري فهم أفكارنا وانفعالاتنا والظروف المحيطة بالموقف المسبب للاكتئاب والتوتر لدينا ، لكي نتمكن من مواجهتها وتحديها، وان أفكارنا مرتبطة بهذا التوتر والقلق بشكل كبير وأنها سبب مباشر له، لذلك من الضروري أن نفهم ونعي هذه الأفكار ونحدد ما إذا كانت ايجابية أم سلبية خاصة قبل أن نواجه الموقف وأثنائه وبعد مواجهته. وإذا ما حددنا أنها سلبية فمن الضروري تعديلها واستبدالها بأفكار بناءة وإيجابية.
- تطلب المرشدة من المشاركات طرح بعض المواقف المسببة للاكتئاب والتعرف على المعتقدات الخاطئة التي تحملها المشاركة بالنسبة للتأثيرات التي تتوقعها نتيجة حرمانها من الإنجاب وكيف تفكر إزاءها، وتسجيل هذه الأفكار ومناقشتها.
- تؤكد المرشدة للمشاركات أن الانطواء والخوف والقلق والتوتر والغضب والاحباط والوحدة كوسيلة تكيفية للتخلص من الموقف المزعج الذي سببته حالة الحرمان من الانجاب ، لا يحل المشكلات بل يضاعفها ويزيد من أخطارها وتنوعها وتعقيدها .وان المشكلة سرعان ما تعود وتتكرر مرة أخرى. وتسأل المرشدة: هل الحل الهروب والانطواء والشعور بالاحباط والخوف والنقص للتخلص من الموقف المزعج الذي تكرر؟ وكلما تكرر يكون الحل هو نفسه ؟ ، وتتضح لهن أن لذلك اثر خطير ليس السيدة وحدها وإنما على الأسرة ، والمهنة ، والمجتمع بأكمله.

- الإجراء الثالث: (30) دقيقة

- تدرب المشاركات على أسلوب رصد المعتقدات الخاطئة السلبية الهازمة للذات ودحضها واستبدالها بأفكار بديلة ايجابية وتكيفية صحيحة مبدلة للسلوك الاكتئابي، وان ذلك يتطلب منهن أن:

- تتخيل موقف أو مشكلة ما مثل ( قد يتسبب لي الاكتئاب بمحاولة الانتحار... يا للهول. مصيبة).
- تحديد الأفكار السلبية: إنني يائسة من الحياة، إنني لست كالآخريات، أنا لا استحق العيش.
- إيقاف هذه الأفكار السلبية "وذلك بأن تقول :علي أن اهدأ ، وان آخذ نفسا عميقا ، أن أتوقف عن هذه الأفكار الآن، لا بد لي من إيقاف هذه الأفكار.
- وأخيرا استبدالها بأفكار ايجابية "إنني لست فاشلة وسأبحث عن العلاج، ان هناك الكثير ممن يرغب بمساعدتي سأضع يدي بأيديهم.
- ممارسة تعزيز الذات وتقوم المرشدة بتعزيز السيدات بعبارات التحفيز والثناء.
- تطلب المرشدة من السيدات التدرب في المنزل أو مع أحدى المشاركات.

## الجلسة الثانية عشرة: تطبيق مهارات التكيف المعرفي: التخيل

**مدة الجلسة: (90) دقيقة**

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة
2. مساعدة المشاركات على ضبط مشاعر الاكتئاب.
3. تدريب المشاركات على مهارات التكيف المعرفي وتطبيقها

**الأدوات المستخدمة:**

بطاقات بيضاء، بطاقات ملونة، أقلام

**الإجراءات:**

- **الإجراء الأول: (30) دقيقة**

- توضح المرشدة للمشاركات أن الوقاية من الاكتئاب مطلوبة، وتؤكد انه يجب أن تتعلم المشاركة مهارات تطبيق التكيف المعرفي في ظروف مشابهة للظروف الحياتية الواقعية.

- تشرح المرشدة استراتيجتي التخيل ولعب الدور مع توضيح أن تطبيق استراتيجية لعب الدور سيكون في الجلسة التالية.

- تقوم المرشدة مع إحدى المشاركات بتقديم نموذج لتخيل موقف مثير للاكتئاب ( كنتي في حفلة وسألتك إحداهن هل زوجك راضي بأنك عقيمة) ثم توضح مراحل التكيف الأربعة من خلال المثال.

- **الإجراء الثاني: (30) دقيقة**

- تكرر المرشدة استراتيجية التخيل لعدة مرات لأهميتها، وتطلب من المشاركات تطبيقها في المنزل.

- تقدم مثالاً جديداً (افرضي ان إحداهن تعايرك بأنك لا تنجبين) كيف يمكن ان تتخيلي الموقف بطريقة أخرى وتتكيفي معه.

- تعود المرشدة للتأكيد أن التعرض لهذه المواقف قد يتكرر في مواقف الحياة والتدرب على التكيف معها سوف يزيل الاكتئاب.

- **الإجراء الثالث: (15) دقيقة.**

- تطبق المرشدة استراتيجية التخيل مرة أخرى مع إحدى المشاركات، وتنمذج الحالة أمام المشاركات.

- تتدرب المشاركات مع بعضهن البعض.

- تقدم المرشدة التغذية الراجعة والتحفيز.

- **الواجب البيتي (5) دقائق:**

- تعيد المرشدة شرح التخيل ولعب الدور بسرعة.

- تطلب من المشاركات التدريب على الاستراتيجيات وكتابة ملاحظاتهن.

- تختم الجلسة وتشكر الجميع.

**الجلسة الثانية عشرة: تطبيق مهارات التكيف المعرفي: لعب الدور**

**مدة الجلسة ( 90 ) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة

2. متابعة الواجبات البيتية السابقة

3.مساعدة المشاركات على ضبط مشاعر الاكتئاب.

4. تدريب المشاركات على مهارات التكيف المعرفي وتطبيقها

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة ، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة.

**الإجراءات:**

- **الإجراء الأول : (30) دقيقة.**

- ترحب المرشدة بالمشاركات، وتتعرف على ملاحظاتهن حول تطبيق استراتيجية التخيل في المنزل.

- تدير المرشدة حواراً حول التكيف المعرفي ودوره في تخفيض الاكتئاب والوقاية منه.

**-الإجراء الثاني ( 30 ) :دقيقة.**

- تطبق المرشدة استراتيجية لعب الدور مع إحدى المشاركات، وتنمذج الحالة أمام المشاركات ( سيدة محرومة من الإنجاب، سيدة منجبة) وتعكس الأدوار ويتم تمثيل الموقف.

- تتدرب المشاركات مع بعضهن البعض.

- تقدم المرشدة التغذية الراجعة والتحفيز.

**الإجراء الثالث ( 20 ) : دقيقة.**

- تقسم المرشدة المشاركات لمجموعات ثنائية.
- تختار كل مجموعة الاستراتيجية المناسبة للتدرب عليها.
- تساعد المرشدة المشاركات وتقدم التغذية الراجعة

**الواجب البيتي (10 : دقائق.**

- تعيد المرشدة شرح التخيل ولعب الدور بسرعة.
- تطلب من المشاركات التدريب على الاستراتيجيات وكتابة ملاحظاتهن.
- تختم الجلسة وتشكر الجميع.

## الجلسة الرابعة عشرة: التقييم والوداع

**مدة الجلسة ( 90 ) دقيقة.**

**أهداف الجلسة:**

1. التمهيد وافتتاح الجلسة.
2. أن تتعرف المرشدة على مدى الفائدة من البرنامج.
3. ختام البرنامج الإرشادي وتقييم عمل المجموعة الإرشادية.
4. تطبيق أدوات الدراسة على أعضاء المجموعة الإرشادية.
5. الوداع والشكر والتقدير ضمن حفل صغير.

**الأدوات المستخدمة:**

أقلام، أوراق عمل، سبورة، كرتون ابيض، أقلام فلوماستر، وبطاقات كرتون ملونة.

**الإجراءات:**

**الإجراء الأول ( 35 ) :دقيقة.**

– تقوم المرشدة بالترحيب بأعضاء المجموعة الإرشادية وشكرهن على الحضور في الموعد المتفق عليه، وإعطائهن الفرصة للتعبير عما يجول في خواطرهن، والاستماع لهن حول ما توقعنه وما حققنه من البرنامج، واستعراض الفنيات المهمة والحساسة في الجلسات، ومعرفة تعليقاتهن النهائية على البرنامج.

– تقوم المرشدة بتلخيص جلسات البرنامج الإرشادي السابقة تمهيدًا لإنهاء البرنامج.

– **الإجراء الثاني ( 40 ) :دقيقة.**

– تقوم المرشد بتوزيع الإستبانة المتعلقة بالاكتئاب، المقياس البعدي.

**الإجراء الثالث ( 15 ) :دقائق.**

– تقوم المرشدة بتقديم الشكر والتقدير لهن مرة أخرى على التزامهن بالجلسات واحترامهن للتعليمات والقواعد السلوكية التي حددت مسارات العمل خلال التنفيذ.

ثم توزع بطاقات شكر ملونة على المشاركات للاحتفاظ بها كذكرى.

– تختم المرشدة الجلسة بوداع المشاركات والثناء عليهن.

بعد ذلك تقوم المرشدة بالسلام على المشاركات و مصافحتهن وتوديعهن.

# ملحق (هـ)

## قائمة بأسماء محكمي مقياس بيك للاكتئاب

| الرقم | الاسم | الرتبة الأكاديمية | التخصص | مكان العمل |
|---|---|---|---|---|
| .1 | أ. د. شفيق فلاح علاونة | أستاذ | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| .2 | أ.د. محمدأحمد صوالحة | أستاذ | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| .3 | أ.د. نايف الطعاني | أستاذ | الإرشاد النفسي | جامعة عجلون الخاصة |
| .4 | د. أحمد عبد الله الشريفين | أستاذ مساعد | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| .5 | د. فراس احمد الحموري | أستاذ مشارك | علم النفس | اليرموك |
| .6 | د. رعد لفتة الشاوي | أستاذ مشارك | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| .7 | د. نصر محمد العلي | أستاذ مشارك | الإرشاد النفسي | الأردنية |
| .8 | د. فواز أيوب المومني | أستاذ مساعد | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| .9 | د. منار سعيد بني مصطفى | أستاذ مساعد | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| .10 | د. مؤيد محمد مقدادي | محاضر متفرغ | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| .11 | أ.د توفيق درادكة | أستاذ | عميد كلية الطب | جامعة العلوم والتكنولوجيا |
| .12 | أ.د. اوس خصاونة | أستاذ | الطب النفسي | جامعة العلوم والتكنولوجيا |

## ملحق(و)

## قائمة بأسماء محكمي البرنامج الإرشادي

| الرقم | الاسم | الرتبة الأكاديمية | التخصص | مكان العمل |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | أ.د. نايف الطعاني | أستاذ | الإرشاد النفسي | جامعة عجلون الخاصة |
| 2. | د. أحمد عبد الله الشريفين | أستاذ مساعد | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| 3. | د. فراس احمد الحموري | أستاذ مشارك | علم النفس | اليرموك |
| 4. | د. رعد لفتة الشاوي | أستاذ مشارك | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| 5. | د. نصر محمد العلي | أستاذ مشارك | الإرشاد النفسي | الأردنية |
| 6. | د. فواز أيوب المومني | أستاذ مساعد | الإرشاد النفسي | اليرموك |
| 7. | د. منار سعيد بني مصطفى | أستاذ مساعد | الإرشاد النفسي | اليرموك |

# ملحق (ز)

## كتاب تسهيل المهمة

جامعـــة اليرمـــوك
YARMOUK UNIVERSITY

كليـــة التربيـــة
مكتـــب العميـــد

رقم : ك.ت/١٠٧/١٨/٦٤٩
تاريخ : ٩/رمضان/١٤٣١هـ
الموافق : ١٨/تموز/٢٠١٣م

عطوفة مدير مستشفى اربد التخصصي المحترم
اربد

الموضوع: تسهيل مهمة الطالبة ميسون محمود شهابات

تحية طيبة وبعد ،،،

تقوم الطالبة ميسون محمود شهابات، ورقمها الجامعي (٢٠١٠٢٢٠٠٣٨)، بدراسة بعنوان "**أثر برنامج معرفي سلوكي في تخفيف المشاعر الاكتئابية لدى النساء المحرومات من الانجاب في محافظة اربد**"؛ وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في التربية، تخصص ارشاد نفسي. ويستدعي ذلك تطبيق أدوات الدراسة (برنامج، استبانه) على عينه من النساء المحرومات من الإنجاب في وحدة الاخصاب والإنجاب التابعة للمستشفى.

أرجـو التكرم بالاطـلاع والموافقـة علـى تسهيل مهمـة الطالبة المذكـورة أعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

عميد كلية التربية

أ.د. أمل خصاونة

# Abstract

**Al-shehabat. Maisoon Mahmoud. The Effect of a Cognitive- behavior counseling Program in Reducing Depression Feelings among Infertile Women in Irbid Governorate. PhD Dissertation. Yarmouk University. 2014. Supervisor (Prof. Qasem Samour).**

The purpose of this study was to investigate the effect of a cognitive-behavior counseling program in reducing depression feelings among infertile women in Irbid governorate. The sample of the study consisted of (24) infertile women who scored a average to severe depression on Beck scale. They were distributed into an experimental group of (12) women treated through the cognitive- behavior counseling program for two and half month and a control group consisted of (12) women didn't receive any kind of treatment. After the end of the program the researcher administrated beck scale on both groups. The findings of the study showed that there were significant statistical differences at the level of ($\alpha$= 0.05) between the means of performance on beck scale attributed to group in favor of the experimental group.

There were no significant statistical differences at the level of ($\alpha$= 0.05) between the means of ranks attributed to age, scientific qualification, kinship and marriage duration in the scores of the experimental group members who treated through the counseling program. There were no significant statistical differences at the level of ($\alpha$= 0.05) between both post-test and follow up test in beck scale as (t) values totaled (2.184) with a statistical indication of (0.052). Based on the findings of the study the researcher presented several recommendations.



**Key Words:** Cognitive- behavior counseling Program. Depression. Infertile women.